Supplemento ordinario n. 2 alla Gazzetta Ufficiale *n. 153 del 5 giugno 1982*

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Sabato, 5 giugno 1982 SI PUBBLICA NEL POMERIGGIO DI TUTTI I GIORNI MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 65101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 85081

N. 30

REGIONE PIEMONTE

LEGGE REGIONALE 10 marzo 1982, n. 7.

Piano socio-sanitario della Regione Piemonte per il triennio 1982-1984

SOMMARIO

REGIONE PIEMONTE

REGIONI

REGIONE PIEMONTE

LEGGE REGIONALE 10 marzo 1982, n. 7.

Piano socio-sanitario della regione Piemonte per il triennio 1982-84.

(Pubblicata nel suppl. spec. al Bollettino ufficiale *della Regione n. 11 del 17 marzo 1982)*

IL CONSIGLIO REGIONALE

HA APPROVATO

IL COMMISSARIO DEL GOVERNO

HA APPOSTO IL VISTO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

la seguente legge:

Titolo I

DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1.
Oggetto

Il piano socio-sanitario regionale per il triennio 1982-84 è costituito dalla presente legge e dai suoi allegati, ai sensi degli articoli 55 e 15 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e degli articoli 73 e 74 dello statuto regionale.

La Regione, in aderenza agli obiettivi della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e del programma regionale di sviluppo, nel pieno rispetto della dignità e della libertà della persona umana, persegue con il piano i seguenti fini:

a) la tutela, con intervento globale unitario, della salute fisica e psichica dei cittadini, privilegiando la prevenzione, potenziando in primo luogo i servizi di base e sviluppando i servizi di riabilitazione e le politiche di reinserimento sociale;
b) l'integrazione fra i servizi sanitari e servizi socio-assistenziali;
c) la distribuzione equilibrata ed organica sul territorio regionale dei servizi socio-sanitari;
d) l'aumento della produttività del sistema, nel rapporto tra costo dei servizi e relativi benefici;
e) la ricerca della più alta qualificazione dei servizi, nell'interesse dell'utente.

Art. 2.
Contenuto

Il piano determina:

a) gli obiettivi generali della programmazione socio-sanitaria regionale;
b) la struttura organizzativa, l'ambito territoriale di riferimento, l'ubicazione e il dimensionamento dei presidi e dei servizi per lo svolgimento delle funzioni socio-sanitarie;

c) gli obiettivi specifici da perseguire mediante appositi progetti-obiettivo;
d) gli indirizzi per le politiche qualificanti;
e) gli orientamenti per lo sviluppo delle azioni programmatiche di particolare rilevanza sociale;
f) la politica della spesa.

Per realizzare gli obiettivi di cui al precedente articolo il piano socio-sanitario, nel triennio 1982-84, persegue, in via prioritaria, la riconversione d'uso delle risorse esistenti e l'attuazione di progetti-obiettivo.

A tal fine, con il piano, si promuovono il potenziamento e la qualificazione delle strutture pubbliche, sia nel settore sanitario che in quello socio-assistenziale, nonchè la razionale utilizzazione delle istituzioni private, ricorrendo al convenzionamento con le stesse secondo le necessità ed in modo motivato.

Art. 3.
Limiti di applicazione e validità

Il piano socio-sanitario regionale per il triennio 1982-84 avrà validità anche dopo l'entrata in vigore della legge di approvazione del piano sanitario nazionale che sarà emanata ai sensi dell'art. 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

La Regione adeguerà alla legge nazionale le eventuali disposizioni del presente piano con essa in contrasto.

Art. 4.
Effetti

La Regione, nella specifica competenza dei suoi organi, uniforma la sua potestà regolamentare e di indirizzo, nonchè i suoi atti e provvedimenti al piano socio-sanitario, che ha efficacia di indirizzo, di prescrizione e di vincolo per tutte le attività in esso previste, sia nel settore sanitario che in quello socio-assistenziale. Ai contenuti ed agli indirizzi del piano uniformano i loro atti ed i loro provvedimenti i comuni e le unità sanitarie locali nella predisposizione dei programmi di attività e nell'esercizio delle loro funzioni.

Ai contenuti e agli indirizzi del piano si uniformano altresì le provincie e le comunità montane.

Le unità sanitarie locali, nell'arco del triennio, provvedono alla realizzazione degli obiettivi indicati dal piano, nei limiti delle risorse finanziarie attribuite ai sensi della legge regionale 3 settembre 1981, n. 42.

Art. 5.
Prestazioni del servizio sanitario nazionale
ai sensi dell'art. 5 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, nella regione Piemonte

Fatte salve le prescrizioni del piano sanitario nazionale, fermi restando gli interventi previsti a livello delle unità sanitarie locali da specifici programmi, in conformità alle prescrizioni del presente piano, in particolare le prestazioni dell'assistenza sanitaria nella regione Piemonte comprendono:

prestazioni di medicina generale, di pediatria e ostetrico-generiche, quali previste dalle convenzioni uniche nazionali;

prestazioni di medicina specialistica erogate prioritariamente e in forma diretta nell'ambito dei poliambulatori e stabilimenti ospedalieri direttamente gestiti dalla unità sanitaria locale, o presso strutture convenzionate ai sensi degli articoli 41 e 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

somministrazioni di farmaci, con le modalità e limiti previsti dalla convenzione nazionale unica ex art. 28 della citata legge n. 833 e secondo le indicazioni del prontuario nazionale terapeutico e della legge 3 agosto 1978, n. 484 e successive modificazioni;

l'assistenza ospedaliera erogata presso stabilimenti ospedalieri o in case di cura convenzionate;

l'assistenza integrativa ordinaria, nei limiti previsti dall'art. 5 della legge 29 febbraio 1980, n. 33.

Sono fatte salve le prestazioni sanitarie specifiche preventive ortopediche e protesiche, erogate ai sensi delle leggi e dei regolamenti in atto, vigenti a favore degli invalidi per causa di guerra e di servizio, dei ciechi, dei sordomuti, degli invalidi civili e degli invalidi del lavoro, ai sensi del terzo e quarto comma dell'art. 57 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Art. 6.
Aggiornamento del piano

La Regione può aggiornare annualmente con legge il piano socio-sanitario.

Titolo II

INDIRIZZI ED AZIONI PROGRAMMATICHE

Art. 7.
Indirizzi per il riordino dei servizi

Le unità sanitarie locali, per conseguire gli obiettivi del servizio sanitario nazionale e quelli relativi all'assistenza pubblica in condizioni di uniformità e di eguaglianza per tutti i cittadini e per assicurare — tenendo conto delle differenziate caratteristiche ed esigenze delle singole comunità e dei loro ambiti territoriali di appartenenza — la necessaria omogeneità dei criteri programmatori su tutto il territorio regionale, osservano gli indirizzi contenuti nell'allegato 1 per il riordino dei propri servizi sanitari e socio-assistenziali.

Art. 8.
Funzioni già di competenza degli enti disciolti

Le funzioni socio-assistenziali attribuite ai comuni, comprese quelle loro trasferite in base al decreto del Presidente della Repubblica 27 luglio 1977, n. 616 ed alla legge 21 ottobre 1978, n. 641, già svolte da enti contestualmente soppressi, saranno esercitate secondo il disposto dell'art. 28 della legge regionale 21 gennaio 1980, n. 3, e salve le disposizioni delle leggi nazionale e regionale di riordino dell'assistenza.

Le attività socio-assistenziali esercitate da enti infra-regionali autonomi, fino all'entrata in vigore di nuova normativa nazionale e regionale regolante la materia, saranno coordinate con l'attività delle unità sanitarie locali, secondo i princìpi e gli indirizzi del piano socio-sanitario nazionale e regionale, tenuto conto delle finalità statutarie degli enti stessi e previe le eventuali necessarie modifiche.

Le prestazioni dovranno, comunque, essere uniformate, in conformità a quanto stabilito al precedente art. 7.

L'utilizzazione da parte dell'unità sanitaria locale del personale già dipendente dagli enti disciolti, di cui al precedente primo comma, avverrà nel rispetto della normativa nazionale e regionale, tenuto conto della professionalità e salve le opportune iniziative di riqualificazione.

Art. 9.
Politiche qualificanti

Nell'ambito degli obiettivi generali del piano, costituiscono politiche qualificanti:

a) l'attivazione dei distretti di base;
b) l'educazione sanitaria;
c) la formazione del personale;
d) la tutela dell'ambiente;
e) il sistema informativo;
f) l'integrazione unitaria a livello territoriale delle attività di diagnostica e terapia strumentale;
g) la politica del farmaco;
h) la ricerca finalizzata;
i) la valutazione e verifica del piano;
l) la politica della spesa.

I contenuti di tali politiche sono specificati negli allegati 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 alla presente legge.

Art. 10.
Progetti-obiettivo

La tutela della salute delle persone maggiormente esposte e bisognose di cura ed assistenza è perseguita con interventi unitari e globali volti soprattutto alla prevenzione ed alla riabilitazione, oltre che alla rimozione delle cause di nocività negli ambienti di vita e di lavoro.

A tal fine costituiscono progetti-obiettivo del piano socio-sanitario:

la tutela della procreazione responsabile, della salute della donna, della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva;

la tutela della salute dei lavoratori in ogni ambiente di lavoro;

la tutela sanitaria e socio-assistenziale delle persone anziane.

I suddetti progetti-obiettivo sono specificati negli allegati 12, 13 e 14 alla presente legge.

Art. 11.
Azioni di particolare rilevanza sociale

Nell'ambito del piano socio-sanitario regionale, al fine dell'indirizzo qualitativo degli interventi, costituiscono azioni di particolare rilevanza sociale le seguenti:

la prevenzione dei tumori e l'assistenza oncologica;
l'azione contro le malattie cardio-vascolari;
lo sviluppo della riabilitazione;
la tutela della salute mentale;
la prevenzione dell'handicap e l'assistenza degli handicappati;
la prevenzione delle tossicodipendenze e l'assistenza a tossicodipendenti;
l'azione contro l'uremia cronica;
l'azione nei casi di emergenza;
la raccolta e la distribuzione del sangue umano a fini terapeutici;
l'assistenza alle malattie croniche;
gli interventi di odontostomatologia sociale;
gli interventi di oftalmologia sociale;
la profilassi e la polizia veterinaria.

I contenuti di tali azioni, gli scopi specifici e gli strumenti per realizzarli sono specificati negli allegati 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 e 27 alla presente legge.

Art. 12.
Termalismo terapeutico

Le prestazioni idrotermali, da erogarsi ai sensi dell'art. 36 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono da considerarsi limitate al solo aspetto terapeutico e complementari, qualora ritenute indispensabili, ad altre prestazioni sanitarie previste nel programma terapeutico.

L'accesso alle suddette cure è disposto dai servizi centrali dell'unità sanitaria locale su motivata proposta del medico di base.

L'unità sanitaria locale stabilisce presso quale stabilimento convenzionato debbano essere effettuate le prestazioni, tenendo conto di eventuali preferenze dell'utente, privilegiando comunque le strutture termali presenti nella regione.

Con legge regionale, ai sensi del secondo comma dell'art. 36 della legge predetta, sarà definita l'integrazione e la qualificazione sanitaria degli stabilimenti termali presenti nella regione.

Titolo III

ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

Art. 13.
Servizio di osservazione epidemiologica e di statistiche socio-sanitarie

Per la verifica dell'efficacia del piano e dell'efficienza dei servizi e per l'aggiornamento ed il miglioramento dell'attività sanitaria e socio-assistenziale, viene istituito presso la Regione Piemonte il servizio di osservazione epidemiologica e di statistiche socio-sanitarie.

Esso è servizio funzionale di settore in aggiunta a quelli previsti dall'allegato 3 di cui all'art. 4 della legge regionale 17 dicembre 1979, n. 73.

Principali compiti del servizio sono:

a) la rilevazione delle informazioni relative ai fattori ambientali che costituiscono situazioni di rischio e determinano stati di malattia e alle condizioni di salute della popolazione;

b) l'individuazione di criteri e procedure per la rilevazione in termini di efficacia ed efficienza dell'attività sanitaria e socio-assistenziale;

c) la rilevazione degli aspetti economico-finanziari connessi al funzionamento del servizio sanitario regionale, anche in riferimento alle prescrizioni di cui agli articoli 11, secondo comma, e 49, ultimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Per il conseguimento dei suoi compiti, in particolare per quelli previsti alla lettera *a)*, il servizio di osservazione epidemiologica e di statistiche socio-sanitarie opera nell'ambito di una unità organizzativa flessibile, intesa come all'art.

19 e istituita come all'art. 20 della legge regionale 20 febbraio 1979, n. 6, di cui faranno anche parte funzionari dei Servizi scarichi industriali, smaltimento rifiuti solidi, inquinamento atmosferico, attività attuative della programmazione regionale e di controllo nell'ambito dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali igiene ambientale, compresi nell'allegato 3 di cui all'art. 4 della legge regionale 17 dicembre 1979, n. 73.

Le unità sanitarie locali provvedono alla rilevazione delle informazioni epidemiologiche, statistiche e finanziarie occorrenti per la programmazione regionale, con riferimento agli obiettivi generali e alle indicazioni dei singoli progetti-obiettivo della presente legge. Le unità sanitarie locali assicurano altresì il coordinato svolgimento delle attività di indagine epidemiologica in relazione all'attuazione di programmi regionali ed in rapporto a specifiche situazioni locali e promuovono e organizzano le rilevazioni necessarie alla propria iniziativa socio-sanitaria.

Art. 14.
Volontariato

La Regione, apprezzando l'ispirazione solidaristica del volontariato, nonchè la sua utilità sociale e la sua necessità al perseguimento degli obiettivi della presente legge, intende valorizzarne ogni potenzialità per il conseguimento dei fini istituzionali del servizio sanitario nazionale, come previsto dal primo comma dell'art. 45 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, dell'art. 19 della legge regionale 21 gennaio 1980, n. 3, nonché dagli obiettivi del piano socio-sanitario regionale.

Le unità sanitarie locali, accertata la rispondenza delle associazioni alle finalità predette, regolano i loro rapporti con le stesse a mezzo di apposite convenzioni che hanno per oggetto il servizio che le associazioni stesse intendono svolgere nell'ambito della programmazione e della legislazione socio-sanitaria regionale, nonché i costi che tale servizio comporta all'utenza.

Art. 15.
Assetto dei presidi delle unità sanitarie locali

I presidi delle unità sanitarie locali sono definiti ed individuati, per il primo piano triennale, nell'allegato 28, secondo le procedure e le indicazioni dell'allegato 1 ed uniformandosi ai princìpi della gradualità e della contestualità nelle riconversioni d'uso.

Art. 16.
Integrazioni della legge regionale 22 maggio 1980 n. 60, in ordine ai servizi delle unità sanitarie locali

Ai fini della applicazione della legge regionale 22 maggio 1980, n. 60 «Organizzazione e funzionamento delle unità sanitarie locali» è attivato il servizio farmaceutico nelle unità sanitarie locali che abbiano popolazione superiore a 50.000 abitanti o che gestiscano un ospedale generale unico, come definito al punto 27 allegato 1 alla presente legge.

Sempre agli stessi fini, per l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 14 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il comune di Torino, nell'ipotesi di attuazione di attribuzione ai consigli circoscrizionali di poteri di gestione di attività sanitaria, come previsto dal quarto comma dell'articolo 15 della citata legge 23 dicembre 1978, n. 833, può, quale assemblea generale degli ambiti territoriali previsti dalle leggi regionali 9 luglio 1976, n. 41 e 31 gennaio 1980, n. 3, prevedere una articolazione organizzativa a livello centrale con distinti servizi:

per l'igiene ambientale;
per l'igiene del lavoro;
per la medicina legale;
per l'assistenza sanitaria di base;
per l'attività veterinaria;
per l'assistenza integrativa di base extradegenziale;
per l'assistenza integrativa di base in regime di ricovero e degenza;
per l'assistenza farmaceutica;
per l'amministrazione del personale;
per la gestione patrimoniale;
per l'assistenza legale e al contenzioso;
per le attività tecniche;
per la gestione economale;
per le gestioni provveditoriali;
per l'analisi economica della spesa sanitaria;
per le attività di ragioneria e cassa.

A livello circoscrizionale i servizi potranno essere accorpati secondo il criterio di affinità di funzioni e secondo l'entità e impostazione delle funzioni e attività da svolgere.

Art. 17.

Le competenze di cui all'art. 14 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, già regolate con disciplina legislativa nazionale, sono esercitate dalle unità sanitarie locali, secondo le prescrizioni delle leggi regionali 21 gennaio 1980, n. 3 e 22 maggio 1980, n. 60, tramite i servizi da essa previsti e seguendo i criteri, indirizzi e vincoli del presente piano, attraverso i programmi zonali di cui all'art. 18 della presente legge.

Titolo IV

ATTUAZIONE E VIGILANZA

Art. 18.
Programmi di unità sanitaria locale

Entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'assemblea generale dell'unità sanitaria locale adotta il programma zonale di attività e di spesa per la gestione dei servizi sanitari e socio assistenziali per il triennio 1982-84. Tale programma, che ha lo scopo di tradurre in sede locale gli obiettivi del piano regionale, di definire la struttura organizzativa di tutti i servizi della unità sanitaria locale, di individuare gli obiettivi locali relativi ai progetti obiettivo, alle politiche qualificanti ed allo sviluppo delle azioni programmatiche di particolare rilevanza sociale, di definire la successione degli interventi e di indirizzare la politica della spesa, viene trasmesso alla giunta regionale entro 10 giorni dalla sua adozione.

La giunta regionale, entro 45 giorni dalla ricezione, esprime parere di congruità del programma zonale rispetto al piano socio-sanitario regionale, indicando eventuali suggerimenti o modificazioni per la stesura definitiva, dopo aver sentito in merito l'unità sanitaria locale.

Acquisito tale parere, qualora esso non comporti alcuna modificazione, o nel caso in cui il termine di cui al precedente terzo comma sia trascorso senza alcuna pronuncia da parte della giunta regionale, il programma zonale si intende definitivamente approvato.

Qualora il parere della giunta regionale richieda modificazioni, l'assemblea dell'unità sanitaria locale provvede a riapprovare in via definitiva il programma zonale e a ritrasmetterlo alla giunta regionale entro 10 giorni. La giunta regionale può introdurre d'ufficio le modificazioni indicate a norma del precedente terzo comma, che non siano state accolte ed introdotte dall'assemblea della unità sanitaria locale.

Con la medesima procedura di cui ai commi precedenti la unità sanitaria locale aggiorna annualmente il programma zonale corredandolo di una relazione sullo stato di salute della popolazione e sui livelli assistenziali raggiunti.

Il programma di unità sanitaria locale ed i suoi aggiornamenti costituiscono riferimento per la formazione del bilancio preventivo pluriennale ed annuale.

La normativa di cui ai commi precedenti attiene la fase procedurale di approvazione dei programmi zonali, fermo restando quanto disposto in materia di controlli sugli atti delle unità sanitarie locali di cui all'art. 49 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e alla legge regionale 21 gennaio 1980, n. 3.

Il presidente della giunta regionale, ai sensi dell'art. 49, ultimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, presenta annualmente al consiglio regionale, entro il 31 gennaio, una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari e socio-assistenziali, con allegata la situazione contabile degli impegni assunti sulla quota assegnata alla Regione degli stanziamenti per il servizio sanitario nazionale.

La giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, emana direttiva per la predisposizione del programma zonale di cui al primo comma del presente articolo e predispone apposito schema per la formazione dei programmi suddetti.

Art. 19.
Verifica e controlli

La Regione vigila sull'osservanza delle norme di contabilità previste dalla legge regionale 13 gennaio 1981, n. 2, ed in generale sull'andamento della gestione delle unità sanitarie locali, in relazione all'attuazione del piano.

A tal fine, la giunta regionale, con propria deliberazione, può, oltre ad avvalersi della struttura organizzativa di cui all'art. 95 della legge regionale 13 gennaio 1981, n. 2, anche disporre ispezioni atte ad accertare la strutturazione ed il funzionamento dei servizi.

Gli accertamenti di eventuali disavanzi che emergano dalla effettuazione delle periodiche verifiche di cassa ed i resoconti trimestrali delle unità sanitarie locali di cui rispettivamente al primo comma, n. 2, ed la secondo comma dell'art. 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono essere comunicati alla Regione.

Qualora le inosservanze e le omissioni risultanti dalle ispezioni o dalle indagini eseguite riguardino atti obbligatori, la Regione esercita il controllo sostitutivo ai sensi dell'art. 21 della legge regionale 12 agosto 1976, n. 42.

Art. 20.
Finanziamento del piano

Al finanziamento della presente legge si provvede:

1) per la gestione dei servizi sanitari: mediante il fondo regionale, ai sensi della legge regionale 3 settembre 1981, n. 42;

2) per la gestione dei servizi socio assistenziali:

a) sulla base degli stanziamenti specificamente iscritti nella legge di bilancio pluriennale della Regione Piemonte per il triennio 1982-84, con riferimento al bilancio pluriennale dello Stato per il medesimo periodo;

b) sulla base delle risorse messe a disposizione delle unità sanitarie locali da parte degli enti locali, in relazione alle funzioni socio-assistenziali il cui servizio sia affidato alle unità sanitarie locali a norma dell'art. 28 della legge regionale 21 gennaio 1980, n. 3, della legge regionale sul riordino dei servizi socio-assistenziali e della legge nazionale di riforma dell'assistenza;

c) sulla base delle risorse derivanti ai comuni dall'alienazione o trasformazione del patrimonio con vincolo di destinazione ai servizi socio-assistenziali, nei limiti e secondo le modalità di cui alla legge regionale di riordino dei servizi socio-assistenziali e alla legge nazionale di riforma dell'assistenza;

d) sulla base di eventuali contributi di terzi.

Art. 21.
Finanziamento della spesa sanitaria

Gli stanziamenti annui di cui all'art. 20, primo comma, numero 1 della presente legge, sono ripartiti tra le unità sanitarie locali in base alle disposizioni della legge regionale 3 settembre 1981, n. 42.

L'articolazione degli stanziamenti tra le distinte finalizzazioni, nonchè la ripartizione dei singoli stanziamenti alle unità sanitarie locali è effettuata, nei limiti posti dalla legislazione vigente e dal piano sanitario nazionale, sulla base dei criteri e delle procedure determinate della legge regionale 3 settembre 1981, n. 42, secondo gli indirizzi della presente legge e con l'obiettivo di un progressivo riequilibrio nella distribuzione delle risorse, in base alla programmata rete di servizi.

La ripartizione dello stanziamento relativo alla spesa in conto capitale dovrà privilegiare:

il compimento della rete delle strutture di distretto e dei poliambulatori;
la riconversione delle strutture di ricovero eccedenti i fabbisogni o non coerenti con le indicazioni di piano;
il completamento della rete dei laboratori di sanità pubblica;
l'attivazione dei presidi di formazione, con priorità per i quattro poli didattici di quadrante;
la più alta qualificazione dei servizi prestati.

Il trasferimento alle unità sanitarie locali degli stanziamenti di cui al primo comma viene operato in base alle procedure in vigore.

Per le somme derivanti da assegnazioni dello Stato a scopi specifici, la legge regionale di approvazione del bilancio può autorizzare variazioni al bilancio medesimo da apportare nel corso dell'esercizio finanziario mediante provvedimenti amministrativi, con le modalità previste dall'art. 41 della legge regionale 14 marzo 1978, n. 12.

Art. 22.
Finanziamento della spesa socio-assistenziale

Gli stanziamenti annui di cui all'art. 20, primo comma, n. 2, lettera *a)*, della presente legge, sono ripartiti fra le unità sanitarie locali secondo gli indirizzi della presente legge e con l'obiettivo di un progressivo riequilibrio del livello dei servizi.

Gli stanziamenti di cui all'art. 20, primo comma, punto 2, lettera *b)*, della presente legge sono assegnati alle unità sanitarie locali sulla base dei criteri e delle procedure determinate nell'ambito della legge regionale per il riordino dei servizi socio-assistenziali.

Art. 23.
Coordinamento della spesa sanitaria con quella socio-assistenziale

La Regione, in sede di attuazione delle norme di cui agli articoli 20, 21 e 22 della presente legge e le unità sanitarie locali, mediante l'utilizzo secondo il metodo della gestione programmata delle risorse ad esse complessivamente assegnate, devono tendere:

a) ad assicurare la corretta destinazione delle risorse, evitandone un uso improprio;

b) a porre in essere gli interventi necessari per il superamento delle situazioni in cui inefficienze di un settore chiedano surrogazioni improprie dall'altro;

c) a garantire un uso integrato delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi posti dal piano, nel rispetto della destinazione delle risorse sanitarie e socio-assistenziali al perseguimento dei rispettivi fini.

Titolo V

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 24.
Presidi trasformati o soppressi - Salvaguardia dell'occupazione

I dipendenti addetti a strutture sanitarie e socio-assistenziali, delle quali dovesse essere deliberata la trasformazione o la soppressione, vengono utilizzati in altri servizi, di regola nell'ambito del comprensorio, con mansioni uguali o simili, conservando lo stato giuridico ed economico che avevano al momento della trasformazione o soppressione e con la salvaguardia delle qualifiche professionali.

Art. 25.
Approvazione degli allegati

Sono approvati i seguenti allegati:

allegato 1 - Indirizzi per il riordino dei servizi sanitari e socio-assistenziali;
allegato 2 - Attivazione di distretti di base;
allegato 3 - Tutela dell'ambiente;
allegato 4 - Educazione sanitaria;
allegato 5 - Sistema informativo;
allegato 6 - Formazione del personale;
allegato 7 - Integrazione unitaria, a livello territoriale, delle attività di diagnostica e terapia strumentale;
allegato 8 - Provvedimenti in materia di farmaci;
allegato 9 - Ricerca finalizzata;
allegato 10 - Valutazione e verifica del piano;
allegato 11 - Politica della spesa;
allegato 12 - Tutela della procreazione responsabile, della salute della donna, della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva;
allegato 13 - Tutela della salute dei lavoratori in ogni ambiente di lavoro;
allegato 14 - Tutela sanitaria e socio-assistenziale delle persone anziane;
allegato 15 - Prevenzione dei tumori ed assistenza oncologica;
allegato 16 - Azioni contro le malattie cardiovascolari;
allegato 17 - Sviluppo della riabilitazione;
allegato 18 - Tutela della salute mentale;
allegato 19 - Prevenzione dell'handicap ed assistenza degli handicappati;
allegato 20 - Prevenzione delle tossicodipendenze ed assistenza ai tossicodipendenti;
allegato 21 - Azioni contro l'uremia cronica;
allegato 22 - Azioni nei casi di emergenza;
allegato 23 - Raccolta e distribuzione del sangue umano a fini terapeutici;
allegato 24 - Assistenza alle malattie croniche;
allegato 25 - Interventi di odontostomatologia sociale;
allegato 26 - Interventi di oftalmologia sociale
allegato 27 - Profilassi e polizia veterinaria;
allegato 28 - Struttura organizzativa dei servizi delle unità sanitarie locali.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della regione Piemonte.

Torino, addì 10 marzo 1982

ENRIETTI

Allegato n. 1 alla legge per il piano socio-sanitario della Regione Piemonte per il triennio 1982-84

INDIRIZZI PER IL RIORDINO DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

A - OBIETTIVI PER IL TRIENNIO 1982-84

1 - Gli obiettivi di carattere strategico sono;

a) la tutela della salute in termini di intervento unitario e globale, centrato sulla prevenzione e sui servizi sanitari di base;

b) l'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali;

c) il superamento degli squilibrii territoriali in ordine alla garanzia di tutela;

d) l'aumento della produttività della spesa in termini di efficienza dei servizi e di efficacia dell'impiego delle risorse;

e) il miglioramento della qualità dei servizi prestati.

2 - Gli obiettivi di breve termine che il piano socio-sanitario regionale indica per il triennio 1982-84:

a) la strutturazione organica dei servizi, riferita a specifici ambiti territoriali (distretto, U.S.L., regione) con privilegio dei servizi di base;

b) lo sviluppo dei progetti obiettivo « tutela della procreazione responsabile, della salute della donna, della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva », « tutela della salute dei lavoratori in ogni ambiente di lavoro » e « tutela sanitaria e socio-assistenziale delle persone anziane »;

c) la formazione del personale;

d) l'attivazione degli strumenti conoscitivi;

e) le iniziative nei confronti di altre istituzioni e dei cittadini;

f) l'adeguamento dei servizi regionali alle nuove esigenze;

g) le azioni contro la diseconomia;

h) la riconversione della spesa.

B - STRUTTURAZIONE ORGANICA DEI SERVIZI

3 - Lo scopo fondamentale della strutturazione organica dei servizi è quello di costruire lo strumento operativo capace di:

a) assolvere i compiti istituzionali del servizio sanitario nazionale;

b) assicurare un ben definito riferimento all'operazione di confluenza nel servizio sanitario nazionale degli operatori provenienti da enti le cui funzioni vengono, in tutto o in parte, assorbite dal servizio stesso;

c) sviluppare la suindicata operazione di confluenza per realizzare le condizioni organizzative necessarie a garantire unitarietà e globalità degli interventi a tutela dei diritti dei cittadini;

d) riordinare il settore dei servizi socio-assistenziali.

B.1. - I servizi di base

4 - Il servizio fondamentale e primario è costituito dal gruppo di base operante in ogni distretto per garantire la tutela sanitaria e socio-assistenziale della popolazione che risiede ed opera in quel distretto, per attuare azione di filtro nell'accesso ai servizi e presidi integrativi di quelli di base e costituire la cerniera di collegamento con i medesimi, per individuare i soggetti a rischio, per attuare le iniziative connesse ai progetti obiettivo, per svolgere opera di educazione sanitaria, per partecipare ai programmi di ricerca e per svolgere le attività di primo livello nei campi dell'igiene e sanità pubblica, dell'assistenza sanitaria, dell'assistenza sociale, dell'assistenza veterinaria e di quella farmaceutica.

5 - Il gruppo di base è formato, di norma, da operatori con le qualifiche seguenti: medico di base, pediatra di base, infermiere, assistente domiciliare, assistente sociale, odontoiatra, ostetrico-ginecologo, farmacista, veterinario e tecnico d'ambiente, sia dipendenti che convenzionati, preferibilmente residenti nel distretto.

Integrano il gruppo di base gli operatori per la salute mentale e tutti gli operatori dei servizi integrativi di quelli di base in ragione delle attività specifiche da svolgersi a livello distrettuale, a norma dei succesivi punti 6-7-8 e di particolari programmi o emergenze.

La consistenza di tali operatori varia da distretto a distretto poiché il numero di medici, infermieri, operatori sociali e farmacisti dipende, di regola, da quello della popolazione servibile, mentre quello dei tecnici d'ambiente è funzione delle caratteristiche ambientali del distretto stesso e quello dei veterinari deriva strettamente dalla consistenza del patrimonio zootecnico.

6 - I gruppi di base operano in conformità alle indicazioni dell'art. 13 della L.R. 22-5-1980, n. 60 e predispongono un programma di lavoro organico da sottoporsi per il controllo e gli opportuni coordinamenti, all'ufficio di direzione dell'U.S.L. che si basa sui seguenti principi d'azione:

a) per l'igiene ambientale: l'esercizio sistematico delle funzioni di ispezione, di controllo e verifica, di prelievo di campioni;

b) per l'assistenza sanitaria: l'attenzione da dare contemporaneamente ai momenti preventivo, curativo e riabilitativo, l'assunzione in carico di tutti i cittadini non più divisi in comparti diversi (medicina mutualistica, medicina scolastica, etc.) bensì in condizioni di uguaglianza e uniformità, la selezione di soggetti a rischio e la riduzione sia della prescrizione farmaceutica, sia del ricorso al ricovero ospedaliero, mediante un appropriato uso dei presidi specialistici;

c) per le attività socio-assistenziali: il privilegio dell'assistenza domiciliare e degli altri interventi alternativi al ricovero in presidi residenziali; la promozione del rientro in famiglia o nella comunità d'origine degli attuali ospiti di presidi residenziali, a seguito dell'individuazione di idonei interventi alternativi; le azioni miranti a far raggiungere ai singoli ed ai nuclei in stato di bisogno o di disagio il massimo possibile dell'autonomia sociale; le azioni volte a favorire l'integrazione sociale degli emarginati;

d) per l'assistenza veterinaria: la profilassi ed il controllo delle zoonosi e l'ispezione e vigilanza degli alimenti di origine animale;

e) per l'assistenza farmaceutica: l'uso più contenuto e più appropriato del farmaco;

f) per tutti i settori: lo sviluppo dell'educazione sanitaria, la raccolta e l'approfondimento dei diversi dati conoscitivi, il processo di formazione del personale dipendente e convenzionato e la partecipazione all'attività di ricerca.

7 - In particolare a livello di distretto vanno sviluppate le attività seguenti:

a) per l'igiene ambientale: prelievo di campioni di acque potabili e di acque superficiali, di scarichi urbani, industriali e simili e contestuale esecuzione di tests rapidi sui medesimi; l'attività di polizia cimiteriale; prelievo di campioni di sostanze alimentari, di bevande e simili quando ciò sia richiesto da motivi di urgenza;

b) per l'assistenza sanitaria: attività mediche, pediatri-

che, ostetriche, odontoiatriche ed infermieristiche sui singoli individui ed a favore delle comunità presenti nel distretto (scuole, asili nido, fabbriche, comunità alloggio, case protette, ecc.); prelievi a domicilio o in ambulatorio di materiale umano da analizzare ed espletamento di primi esami mediante tests rapidi; vaccinazioni, periodiche e non; controllo sistematico di gruppi particolari di popolazione; guardia medica notturna, festiva e prefestiva; constatazione di morte, attività sanitaria di polizia mortuaria e certificazioni varie;

c) per l'assistenza sociale: attività di informazione sull'utilizzo dei servizi sociali; erogazione di assistenza economica sia continuativa che straordinaria; assistenza domiciliare; interventi tecnici necessari per l'affidamento educativo e tutelare di minori, adulti ed anziani a singoli, a nuclei familiari, a comunità alloggio ed a altri presidi residenziali; interventi tecnici connessi a provvedimenti dell'autorità giudiziaria nell'ambito della competenza amministrativa e civile (segnalazioni di situazioni di abbandono, inchieste psicologico-sociali ed ogni altra attività necessaria per una corretta decisione); sostegno sociale e psicologico a singoli e nuclei familiari, compresi quelli affidatari ed adottivi, nonché alle comunità alloggio ed agli altri servizi residenziali; individuazione e segnalazione di esigenze abitative da soddisfare mediante assegnazione di alloggi o miglioramento delle condizioni dell'abitazione disponibile; promozione e sostegno sociale di cittadini handicappati o in area di rischio per inserimenti nelle normali strutture educative, di tempo libero, sportive, formative ed occupazionali;

d) per l'assistenza veterinaria: profilassi delle malattie diffusive; profilassi e controllo sulle zoonosi; profilassi antirabbica; ispezione e vigilanza degli alimenti di origine animale;

e) per l'assistenza farmaceutica: distribuzione al pubblico di farmaci, di sostanze galeniche ivi prodotte, di veleni, sostanze stupefacenti e simili a scopo terapeutico;

f) per l'educazione sanitaria: attività continue e programmate nei confronti di tutta la popolazione, singolarmente o in gruppi, come strumento fondamentale per la individuazione e la eliminazione dei fattori di rischio, per lo sviluppo della partecipazione, per il governo e l'uso appropriato dei servizi e dei farmaci.

Sono da ricomprendere tra le attività del gruppo di base, salvo che costituiscano attività integrative delle stesse, quelle già svolte da enti locali territoriali con riferimento a bisogni e metodologie almeno potenzialmente innovative: attività consultoriali e di medicina scolastica, azioni contro le tossicodipendenze, attività già di competenza di équipes medico-psico-pedagogiche, attività tutte che saranno assunte dal gruppo di base, garantendo la continuità degli interventi, nella salvaguardia della capacità di agire su bisogni e problemi unitari e di conservare metodologie effettivamente innovative.

8 – Le attività domiciliari si rivolgono a persone totalmente o parzialmente non autosufficienti ed a nuclei familiari che per particolari contingenze non siano in grado di garantirsi, anche temporaneamente, una soddisfacente vita domestica (malattia dei genitori, gravidanza a rischio, assistenza post-parto e simili).

Le attività domiciliari si propongono, quando necessario per motivate esigenze di surrogazione degli interventi di sostegno delle persone, di norma forniti dalla famiglia, di aiutare ogni cittadino, temporaneamente o permanentemente in condizione di insufficienza fisica o mentale, a continuare a vivere nel proprio domicilio; a evitare la marginalità e l'esclusione, conservando ruoli sociali significativi e riassumendoli in caso di perdita; a ridurre i rischi di ospedalizzazione, istituzionalizzazione, malattia e bisogno anche attraverso la rilevazione di manifestazioni di ordine emotivo, sociale o fisico, che suggeriscano l'intervento di altri operatori; a realizzare una più completa personalizzazione dei servizi e delle prestazioni che consenta a ciascuno di fruire degli stessi nella misura necessaria.

Le attività di assistenza domiciliare, attraverso l'impiego di personale appositamente preparato ed aggiornato ed in continua verifica dell'esperienza, operano a sussidio dell'azione della persona nei propri confronti (igiene personale, vestizione, nutrizione), assicura la funzionalità del domicilio del cittadino (con la pulizia dell'ambiente e della biancheria), la preparazione dei pasti, l'approvvigionamento degli alimenti e di altri generi di consumo, forniscono l'aiuto per lo svolgimento delle varie incombenze domestiche e l'adeguato svolgimento della sua vita sociale attraverso l'assistenza per una conveniente utilizzazione dei servizi sociali, e ricomprendono lo svolgimento di pratiche amministrative.

Le eventuali necessarie prestazioni medico-infermieristiche restano di competenza degli operatori sanitari appartenenti al gruppo di base e, su sua richiesta, degli operatori dei servizi integrativi di quelli di base.

9 – Fermo restando che non compete all'U.S.L. la soluzione dei problemi relativi alle abitazioni, né quelli afferenti alle assegnazioni nell'ambito dell'edilizia sovvenzionata o pubblica, rientra tra i compiti dei servizi di base di formulare ai Comuni proposte in ordine alle esigenze abitative per i soggetti a rischio (in particolare anziani e handicappati), al miglioramento degli alloggi con l'eliminazione delle barriere architettoniche e l'installazione delle necessarie dotazioni e servizi, all'utilizzazione di alloggi polifunzionali di cui i Comuni abbiano la disponibilità.

10 – L'affidamento familiare, attuato di regola nei confronti di minori e di cui è da verificare l'estensibilità a soggetti adulti in difficoltà, ha lo scopo di dare una famiglia, diversa da quella naturale, a chi sia temporaneamente privo di assistenza.

Considerato che compito della famiglia affidataria è quello di crescere ed educare il minore fino a che non siano rimosse o venute meno le cause originarie dell'affidamento, è compito dei servizi di base promuovere l'affidamento reperendo le famiglie disponibili, predisporre un piano concreto ed articolato di aiuto alla famiglia di origine al fine di rimuovere le cause che avevano portato all'allontanamento del minore e consentirne il rientro nel nucleo originario, oltreché seguire la famiglia affidataria nel suo delicato compito surrogatorio.

11 – A livello di distretto può essere prevista la presenza di una sede unitaria di riferimento per il gruppo di base ed in particolare per l'esercizio dei prelievi per analisi chimico-cliniche e delle terapie iniettive e della guardia medica.

Nei distretti con popolazione dispersa e in quelli dove, per carenza di specialisti, non è possibile garantire una presenza organica di pediatri, di ostetrico-ginecologi e di odontostomatologi, questi potranno avere sede ambulatoriale nelle sedi suddette.

B.2. – I servizi integrativi

12 – Tutti i servizi integrativi sono riconducibili ad un presidio fisico.

I presidi fisici che il piano prevede sono i seguenti: poliambulatorio, comunità alloggio, casa protetta, stabilimento ospedaliero, sede dei servizi centrali di U.S.L. e laboratori di sanità pubblica.

Tutti i presidi oggi esistenti, qualunque sia la loro denominazione d'origine, devono essere gradualmente ricondotti al sistema di presidi fisici sopra elencati.

Il programma zonale, in base alle esigenze del territorio e secondo specifici progetti di riordino, dovrà prevedere la riconversione d'uso e il conseguente utilizzo delle attuali infermerie per attività residenziali, anche a carattere parzialmente sanitario per quelle strutture già attualmente con-

venzionate con il servizio sanitario nazionale, a favore di persone temporaneamente o permanentemente inabili, e/o per fini poliambulatoriali e/o come sedi di servizi distrettuali.

La riconversione d'uso delle infermerie ha lo scopo di rendere le stesse utilizzabili sia nell'ambito delle attività distrettuali sia dei servizi integrativi delle stesse, a favore degli utenti che necessitano di una adeguata gamma di supporti sanitari qualificati, ivi comprese le indispensabili valenze riabilitative espresse dagli specifici servizi previsti presso ogni U.S.L.

Sulla base dei programmi zonali la Giunta Regionale autorizza e regolamenta le convenzioni tra U.S.L. e tali strutture nel quadro della normativa vigente e secondo i criteri, indirizzi e vincoli del presente piano.

13 – Il *poliambulatorio* rappresenta il presidio nel quale vengono fornite alla popolazione – su richiesta dei servizi di base – cure mediche complete, in forma saltuaria o ripetuta, da parte di specialisti delle diverse discipline, ivi compresa la riabilitazione.

Sotto il profilo logistico il poliambulatorio può disporre di sede propria, come anche essere localizzato in uno con altri servizi, siano essi sanitari o socio-assistenziali.

14 – Compiti comuni a tutti i poliambulatori sono:

a) svolgere effettiva azione multidisciplinare, sostituendo alla trattazione del singolo caso da parte di singoli specialisti il metodo del consulto, soprattutto per l'esame di casi a rischio già selezionati dai servizi di base;

b) garantire azione di alleggerimento dell'ospedale mediante la risoluzione, di concerto con il medico curante, della patologia non necessitante di ricovero, mediante l'esecuzione di accertamenti preliminari al ricovero da concordare con i servizi ospedalieri nel quadro di programmi di pre-ospedalizzazione e di prenotazione del ricovero, mediante programmi di « dimissione protetta » che consentano, su iniziativa del distretto, la prosecuzione ambulatoriale del trattamento terapeutico e riabilitativo iniziato in ambito ospedaliero, mediante l'esecuzione di attività di piccola chirurgia e di ginecologia (ivi comprese le interruzioni volontarie della gravidanza, nei casi di minore complessità, comunque su parere del medico) non richiedenti anestesia totale e, infine, mediante lo svolgimento di attività fisioterapica e riabilitativa;

c) concorrere all'educazione sanitaria dei cittadini e consentire al personale operante l'approfondimento dei diversi dati conoscitivi, il processo di formazione permanente e l'attività di ricerca;

d) operare secondo un calendario settimanale ed un orario giornaliero atto a facilitare l'accesso dei cittadini e degli operatori dei servizi di base.

15 – Il poliambulatorio, di regola, garantisce prestazioni diagnostiche e terapeutiche di competenza di cardioangiologia, chirurgia generale, dermatologia, neurologia, oculistica, odontostomatologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, pneumologia e riabilitazione, assicurando una presenza minima bisettimanale per ciascuna disciplina.

Là dove non si riesca a garantire a livello di base la prevista presenza del pediatra e dell'ostetrico-ginecologo, le prestazioni relative devono essere garantite a livello poliambulatoriale; deve comunque tendersi ad assicurare la presenza di tali specialisti a livello di distretto.

Ove il programma zonale, sulla base di motivate considerazioni, lo ritenga necessario, potranno essere previsti momenti consulenziali di particolari specialisti (geriatra, reumatologo, diabetologo, oncologo, ecc.) provenienti esclusivamente da centri di riferimento.

Qualora il poliambulatorio sia collocato in sede distinta dallo stabilimento ospedaliero esso deve essere corredato anche di radiodiagnostica, per la quale si ritiene necessaria un'attività minima di 24 ore settimanali.

Presso ogni poliambulatorio deve essere previsto un punto di prelievo fisso, collegato con uno ed un solo laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, ubicato in sede ospedaliera.

A tale punto di prelievo affluiscono, per il successivo inoltro, i campioni raccolti dagli operatori di base. Il punto di prelievo svolge attività di prelievo vera e propria ed attività di preparazione, di assistenza ai prelievi, di trasmissione dei campioni e di consegna dei referti. La previsione di un laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche nell'ambito del poliambulatorio può essere eccezionalmente prevista solo nel caso in cui la popolazione su di esso gravante raggiunga dimensioni tali da produrre un fabbisogno di almeno 100.000 analisi per anno, calcolate con il tradizionale metodo di codificazione limitatamente alle analisi elencate nella tabella 1, qualora nell'U.S.L. non esista un ospedale generale unico e il laboratorio ospedaliero di riferimento sia di difficile accessibilità.

Infine il poliambulatorio deve comprendere le attività di diagnosi e cura degli operatori psichiatrici per le attività non attuabili a livello di distretto, secondo le indicazioni dell'allegato 18.

16 – In base agli articoli 66 e 68 della legge 833 è da considerarsi superato *ope legis* l'assetto organizzativo dei Consorzi Provinciali Antitubercolari, da cui discende la necessità di completare il trasferimento delle funzioni, competenze, dotazioni strumentali e personale dei Consorzi Provinciali Antitubercolari nell'ambito della rete regionale dei servizi sanitari, attribuendo a tale complesso gli elementi trasferiti alle singole U.S.L. territorialmente competenti.

Tale processo di trasferimento deve comportare:

a) l'attribuzione ai competenti servizi delle U.S.L. delle funzioni non strettamente pneumologiche finora esercitate dai Consorzi Provinciali Antitubercolari;

b) l'inserimento delle funzioni pneumologiche sinora esercitate dai Consorzi Provinciali Antitubercolari nell'ambito delle normali attività integrative di competenza delle singole U.S.L.

In particolare quest'ultimo punto richiede che, nell'ambito dei programmi di riordino dei servizi sanitari di ciascuna zona, vengano formulate proposte in ordine alle seguenti ipotesi:

– utilizzo o meno degli attuali edifici sedi di dispensari centrali e periferici dei Consorzi Provinciali Antitubercolari come strutture poliambulatoriali sedi di attività integrative complete;

– trasferimento di personale e dotazioni strumentali finora utilizzati presso dispensari dei Consorzi Provinciali Antitubercolari nell'ambito delle normali strutture poliambulatoriali di rete dei servizi integrativi zonali.

La normativa di cui al punto precedente si applica alle strutture di tutti i consorzi o centri di medicina sociale sciolti all'entrata in vigore delle U.S.L.

Per quanto concerne la struttura poliambulatoriale dell'ex C.P.A. di Torino, considerata la dimensione della medesima nonché la diversificazione delle attività in essa finora esercitate, nell'ambito del previsto « Progetto ospedali e poliambulatori di Torino » dovranno essere predisposte opportune modalità di articolazione di tali attività nella normale rete di servizi integrativi dei quartieri cittadini nonché conseguenti e razionali destinazioni d'uso dell'intera struttura.

17 – La dimensione ottimale del poliambulatorio costituisce un livello di funzionalità estremamente variabile in presenza delle diverse caratteristiche territoriali demografiche o nosologiche e può essere ottenuta solo dalla corretta corrispondenza ed integrazione di fattori esterni al servizio quali:

a) accessibilità contenuta in limiti di tempi di percorrenza non eccedenti, di regola, i 40 minuti ed ottenuta median-

te collegamenti che si basino, di regola, sul mezzo pubblico;

b) composizione e distribuzione della popolazione secondo fasce rispecchianti l'andamento medio regionale con distribuzione territoriale secondo caratteristiche di concentrazione e di equidistanza dal polo di servizio; e di fattori interni al servizio quali:

c) funzionalità e comfort generale di habitat lavorativo tale da consentire lo svolgimento delle prestazioni sanitarie nei tempi indicati in tabella n. 2;

d) apertura del servizio poliambulatoriale per 6 giornate lavorative a settimana allo scopo di favorire al massimo l'accesso degli utenti.

L'osservanza dei parametri contenuti nei punti suesposti comporta la possibilità di definire la « soglia ottimale » di funzionalità del poliambulatorio riferita ad un bacino ottimale di popolazione variabile da un minimo di 30.000 ad un massimo di 60.000 abitanti.

Al variare delle condizioni dei punti sopra elencati il bacino ottimale di popolazione da servire può oscillare nell'ambito dei valori indicati riducendosi progressivamente fino al raggiungimento del minimo al di sotto del quale l'istituzione di un servizio poliambulatoriale costituirà una deroga, la cui concessione dovrà essere attentamente valutata in funzione essenzialmente delle caratteristiche territoriali.

La tabella n. 3 riporta gli elementi di ragione per il dimensionamento dei poliambulatori.

18 – Costituirà motivo di deroga e quindi di slittamento della dimensione ottimale di bacino di utenza al di sotto del minimo di 30.000 abitanti:

a) un indice di accessibilità esorbitante i limiti di percorrenza suddetta e derivante da disagiate condizioni orogeografiche e climatiche che interessano fasce territoriali al di sopra dei 500 metri sul livello del mare e riguardanti popolazioni pari al 50% del totale;

b) distribuzione territoriale con caratteristiche di insediamenti sparsi quali frazioni di comuni, comunità agricole, ecc. che presenta una densità territoriale inferiore a 50 ab/Kmq;

c) situazione di alto rischio ambientale derivante da insediamenti lavorativi caratteristici o da altri fattori notoriamente inquinanti ed interessanti significativi gruppi di popolazione.

Il bacino di popolazione da servire diminuirà in funzione della presenza di elementi di deroga indicati e varierà in rapporto alla loro compresenza fino a raggiungere soglie che non individueranno più un ambito di poliambulatorio ma al limite, un ambito di distretto, potenziabile con alcune consulenze specialistiche ritenute necessarie.

La tabella n. 4 indica orientativamente le ore settimanali di attività in poliambulatori a servizio di meno di 30.000 abitanti.

19 – Il piano prevede due tipi di poliambulatori:

– poliambulatorio di tipo A, che ricomprende tutte le specialità di cui al precedente paragrafo 15;

– poliambulatorio di tipo B, per i casi di deroga di cui al precedente paragrafo 18, ricomprendente solo le specialità di risposta alle domande più frequenti.

20 – Nel 1° trimestre del 1982, la commissione costituita per la programmazione dei presidi poliambulatoriali ed ospedalieri di Torino verificherà le ipotesi di soluzione, per modo che nel 1° semestre 1982 il « progetto poliambulatori ed ospedali di Torino » possa essere approvato dal Consiglio regionale, come aggiornamento del piano regionale socio-sanitario.

Si assume come obiettivo centrale del progetto Torino, in materia di poliambulatori, la distribuzione dei servizi poliambulatoriali secondo una rete organizzativa che derivi funzionalmente dalla articolazione in aree distrettuali di ciascuno dei quartieri del territorio comunale.

Ne discende che per l'area torinese la formazione dei distretti socio-sanitari di base è fatto prioritario.

Tale formazione, fatte salve le istanze partecipative e decisionali delle popolazioni interessate, deve tenere conto della:

a) preesistenza di fondamentali riferimenti urbanistici sia a livello di strumenti sia per il riequilibrio territoriale, sia per lo sviluppo;

b) preesistenza di reti relative a specifici servizi sanitari quali i dipartimenti di emergenza ed accettazione (D.E.A.), il servizio di soccorso urgente, i centri di emergenza di base, favorendo, mediante la corrispondenza di più maglie territoriali di servizio, sia la funzionalità globale del servizio sanitario sia la integrazione degli operatori e delle attività.

Per quanto attiene la organizzazione funzionale della rete dei presidi poliambulatoriali si assumono i criteri seguenti:

1) riferimento a bacini di popolazione tali da richiedere uno svolgimento di prestazioni specialistiche secondo ritmi di presenza degli operatori che assicurino l'apertura giornaliera del presidio per un arco di tempo sufficientemente ampio;

2) attribuzione di massima, a tutte le sedi di tutte le specialità specificate al precedente punto 15, precisando che le funzioni di pediatria, di ostetricia e ginecologia e di odontoiatria dovranno nel breve termine essere particolarmente potenziate onde favorire sia la riconduzione di tali specialità al livello di base cui specificatamente appartengono, sia il riassorbimento delle funzioni consultoriali;

3) previsione nei presidi poliambulatoriali e nella misura minima di almeno uno per quartiere di un punto di prelievo collegato con un laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche;

4) organizzazione complessiva che tenga conto della particolare pecularietà strutturale di ogni area del territorio comunale caratterizzato da:

– alta densità territoriale;

– grande mobilità dei cittadini tanto da ridurre l'essenzialità dei riferimenti residenziali per gli utenti e per gli operatori;

– ridotta correlazione fra operatori sanitari di distretto e specialisti e fra gli stessi operatori della equipe polivalente di base con conseguenti ulteriori squilibri nell'espletamento delle attività socio-sanitarie;

5) distribuzione delle sedi in presidi facilmente individuabili ed accessibili dagli utenti, organizzabili in centri polivalenti nei quali sia possibile esaurire la gamma di prestazioni e relative incombenze tecnico-amministrative.

A tal fine, ed ove le situazioni strutturali lo consentissero, saranno da favorire gli inserimenti di servizi poliambulatoriali in più ampi presidi, sedi anche di servizi circoscrizionali.

In attesa che il piano per la città di Torino sia formulato e divenga operante sarà necessario meglio ridistribuire il carico delle competenze territoriali delle sedi oggi esistenti e funzionanti, riferendo il servizio poliambulatoriale a gruppi di quartieri, utilizzando in tal senso per quartieri carenti le sedi ubicate in quartieri vicini.

L'assemblea generale della U.S.L. di Torino si farà carico, con apposite delibere, di tale transitoria organizzazione funzionale dei presidi poliambulatoriali esistenti, chiarendone sia i presupposti di limitazione temporale sia la globale riconduzione ad un più ampio e definito disegno territoriale, che solo con il piano Torino troverà compiuta espressione.

21 – I poliambulatori previsti nella regione sono quelli proposti nell'allegato 28 alla legge di piano. La confer-

ma dei bacini di popolazione e della collocazione delle sedi poliambulatoriali, sulla base delle condizioni di funzionalità di cui ai precedenti numeri 17-18-19-20, spetta alle U.S.L. in sede di primo programma zonale.

22 – Ad integrazione dei servizi di base, che rappresentano il momento fondamentale del sistema di servizi socio-assistenziali, operano come servizi integrativi due tipi di presidi residenziali: la comunità-alloggio e la casa protetta. Si svolgono inoltre attività diurne per handicappati.

23 – La comunità-alloggio è destinata a persone sostanzialmente auto-sufficienti ma che non possono vivere autonomamente o presso loro familiari, anche per situazioni eccezionali destinate a essere soddisfatte entro breve periodo. Si rivolge pertanto a minori, adulti (handicappati, dimessi da ospedali psichiatrici, ragazze-madri, dimessi dal carcere, etc.), anziani.

Le comunità-alloggio devono essere adeguatamente distribuite nel territorio ed accogliere prioritariamente abitanti del distretto di appartenenza (al fine di evitare lo sradicamento dal loro normale contesto sociale). Possono essere inserite in normali strutture abitative con alloggi adeguatamente costruiti o ristrutturati (tenendo conto dei bisogni e problemi derivanti dal vivere in comunità), o inseriti in strutture con servizi rivolti a tutta la popolazione, in modo da evitare la concentrazione degli assistiti.

Nella seconda ipotesi può prevedersi ad esempio una struttura in cui, oltre ad una o al massimo 4 comunità alloggio, organizzate in modo da rispettare la privacy individuale, ci siano servizi rivolti a tutta la popolazione, quali mense, luoghi di incontro e di socializzazione.

Indipendentemente dalla soluzione strutturale prevista, la comunità-alloggio deve comunque prevedersi funzionalmente raccordata con i servizi di base.

Nelle zone di montagna e agricole possono essere realizzate comunità-alloggio destinate ad offrire ospitalità temporanea, durante la stagione invernale, ad anziani che per il resto dell'anno possono permanere nella propria abitazione.

Il numero degli ospiti di una comunità-alloggio deve essere, di norma, contenuto entro limiti che tendano a riprodurre la dimensione dell'ambiente familiare (5 - 6 ospiti).

In caso di ospitalità di persone adulte o anziane la comunità-alloggio è priva di personale proprio, in quanto sono i membri della comunità stessa a fornirsi reciproco aiuto, fermo restando il supporto dei servizi di base operanti a livello di distretto.

Nel caso di minori, invece, occorre prevedere la presenza di educatori in rapporto al grado di autosufficienza degli ospiti handicappati e non. Tali educatori devono agire in stretto collegamento con gli altri operatori del gruppo di base, sia per l'attuazione dell'inserimento nelle comunità alloggio, sia per l'attuazione dei programmi di recupero, riabilitazione e inserimento scolastico o lavorativo, sia per lo studio e la predisposizione dei piani di dimissione. Tale personale deve avere specifica formazione professionale o specifica esperienza di settore. Va evitata ogni rigida divisione di ruolo, per modo che sia possibile realizzare una immagine il più possibile vicina a quella familiare e, nello stesso tempo, responsabilizzare in eguale misura tutto il personale nei confronti degli ospiti. Le comunità alloggio per minori sono una risposta alle necessità di ospitalità, di norma temporanee, che si deve offrire solo dopo che sia stato espletato ogni tentativo per il mantenimento nella propria famiglia o per fornire soluzioni più adeguate (affidamento familiare, adozione). Le comunità-alloggio devono assicurare secondo le indicazioni del servizio sociale anche la risposta rapida ad esigenze urgenti di quei minori le cui famiglie non possono temporaneamente mantenerli nel loro seno per diversi motivi, quali una nuova maternità, una malattia grave, un intervento chirurgico. L'accoglienza temporanea nella comunità può anche essere originata da situazioni di disadattamento ambientale e familiare ed in tal caso essa funge da sede di immediata accoglienza e di valutazione dell'esigenza del minore, in attesa di una sua destinazione stabile.

24 – La *casa protetta* è anch'essa destinata ad ospitare cittadini in regime di assistenza, ma solo quando essi presentano un bisogno di assistenza tutelare che, per la richiesta di continuità, non può essere garantita né a domicilio, né dalla comunità alloggio.

La richiesta di assistenza tutelare viene espressa particolarmente da persone in stato di grave o totale invalidità, da portatori di esiti di malattie che hanno lasciato gravi invalidità permanenti o forte deterioramento motorio (quali postumi di vasculopatie acute, artropatie gravemente invalidanti e simili – si citano, ad esempio – i giovani affetti da malattie neuromotorie), da persone il cui equilibrio fisico si scompensa facilmente e che alternano periodi di equilibrio a sempre più lunghi periodi di scompenso (cardio-pneumoartropatie), da persone, ancora, che presentano fenomeni o di grande senilità o di confusione mentale o incapaci di svolgere azioni che si succedono correntemente: lavarsi, asciugarsi, pettinarsi, ect., che ne saltano alcune o lasciano incompiuto l'atto che volevano formulare, da persone incapaci di determinare l'uso del tempo e da persone affette da incontinenza.

L'esercizio dell'attività tutelare richiede la presenza continuativa di personale di assistenza non infermieristica che deve essere previsto per ogni casa protetta.

L'esercizio dell'attività sanitaria per gli ospiti della casa protetta resta, comunque, di competenza dei servizi sanitari territoriali.

Il numero degli ospiti di una casa protetta non deve, di norma, superare i 40.

Per quanto riguarda i servizi tecnico-economali di cucina e lavanderia essi non sono strettamente necessari in sede, purché nel territorio della U.S.L. esistano gli stessi servizi presso altri presidi sanitari o socio-assistenziali o presso altre sedi, a condizione che risultino di facile accessibilità e di conveniente fruibilità.

25 – Le indicazioni di cui ai precedenti punti 6, 7, 22, 23 e 24, costituiscono le linee di indirizzo in base alle quali operare per procedere al riordino dei servizi socio-assistenziali.

Obiettivo finale è l'eliminazione dei ricoveri per motivi esclusivamente economici e sociali.

A tal fine è indispensabile attuare nel territorio gli interventi alternativi che assicurino alle persone che, per qualsiasi ragione si trovino in stato di bisogno, la dovuta assistenza. Nel contempo dovrà procedersi a riqualificare adeguatamente gli interventi tutelari, puntando alla creazione di comunità alloggio e di case protette ed alla ristrutturazione, sulla base dei concetti informativi esplicitati nei precedenti punti 23 e 24, dei servizi residenziali esistenti.

Considerato, infatti, che nulla deve andare perduto del prezioso patrimonio di strutture ed esperienze presenti nella comunità piemontese, particolare impegno dovrà porsi alla razionale utilizzazione delle istituzioni pubbliche e private esistenti, ferma restando la necessità del loro adeguamento ai più aggiornati criteri socio-assistenziali.

La conversione degli istituti esistenti appare di più rapida attuazione per quelli che non hanno dimensioni rilevanti, i quali più facilmente possono essere trasformati in case protette o in comunità alloggio. Anche gli istituti di maggiore dimensione, tuttavia, dovranno gradualmente essere ricondotti a condizioni funzionali più rispondenti alle esigenze personali degli assistiti, mediante razionali ristrutturazioni e disaggregazioni, che portino a garantire agli ospiti un modello di vita familiare, ed a evitare, per quelli

bisognosi di assistenza tutelare in forma continuativa, l'ammassamento in ambienti spersonalizzanti.

Quanto sopra non può essere considerato separatamente dalla necessità di iniziative programmate per il ritorno delle persone ricoverate senza precisa motivazione alle loro famiglie o ai loro ambienti d'origine, il che comporta, una volta di più, di procedere preliminarmente alla dotazione dei servizi alternativi di territorio.

Gli obiettivi sopra enunciati, realizzabili in tempi non brevi, devono essere perseguiti gradualmente. L'U.S.L. dovrà, pertanto, elaborare prioritariamente un programma che indichi tempi e modi per avviare ed attuare gli interventi necessari al perseguimento di tali obiettivi.

La riconversione razionale delle strutture esistenti consentirà, oltre che di utilizzare nel modo più produttivo il personale, di recuperare gli spazi indispensabili per la collocazione dei servizi residenziali e di utilizzare gli eventuali locali residui, per la creazione di centri-sociali polivalenti o per altri usi socio-sanitari previsti dai programmi di zona.

26 – Lo *stabilimento ospedaliero* è il presidio sede di un complesso di reparti e servizi specialistici, che costituisce parte integrante del sistema sanitario. In esso:

a) vengono fornite, come compito principale, cure mediche e chirurgiche ai malati acuti ed assistenza alle gestanti e partorienti;

b) sono disponibili, anche a supporto dei servizi di base, i diversi servizi diagnostici, con particolare riguardo al laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche e alla radiodiagnostica;

c) viene avviato il processo riabilitativo, con particolare attenzione alla lotta contro la cronicizzazione indotta;

d) vengono svolte attività di formazione degli operatori, di educazione sanitaria dei cittadini per specifici problemi, e di ricerca su problemi sanitari, epidemiologici ed organizzativi, anche a fini preventivi.

27 – Tutti gli stabilimenti ospedalieri costitutivi della rete regionale debbono essere dotati dei reparti e servizi seguenti:

a) un servizio di pronto soccorso ed accettazione privo di organico proprio, al quale spettano tutti gli interventi di emergenza necessari ai pazienti comunque ad esso indirizzati, anche nell'attesa del trasporto assistito presso il D.E.A. di riferimento se collocato in altra sede;

b) un reparto di medicina generale che deve essere in grado di svolgere con personale idoneo prestazioni diagnostiche (non complesse) di carattere strumentale di pertinenza specialistica cardio-angiologica, pneumologica, gastroenterologica) ogni qualvolta l'ospedale sia privo dei reparti corrispondenti, in collegamento sempre, tuttavia, e con la partecipazione programmata degli operatori, dei servizi con funzioni multizonali competenti per territorio nelle medesime discipline.

La medicina generale deve disporre anche di idonei locali per l'isolamento dei malati infettivi ove non sia presente l'apposita divisione.

Il reparto di medicina generale dispone di letti di appoggio e spazi per il servizio di recupero e riabilitazione funzionale, il quale deve operare anche per il trattamento precoce ed intensivo delle forme ad elevato rischio di cronicizzazione, a partire dalle attività di prima riattivazione al letto del degente. Il reparto di medicina è responsabile della condizione del trattamento complessivo antiinvalidante e deve adottare programmi specifici di intervento.

Il reparto deve anche assumersi, di regola, il carico del trattamento delle forme oncologiche sempre in collegamento coi servizi specifici di riferimento;

c) un reparto di chirurgia generale, con idonea sala operatoria;

d) un reparto di pediatria, con annessa sezione neonatale con esclusione per le cure intensive neonatali, da svolgere solo in alcune sedi, secondo le indicazioni dell'allegato 28;

e) un reparto di ostetricia-ginecologia con idonea sala parto;

f) servizio di anestesia e rianimazione, deputato anche alle attività di terapia antalgica;

g) servizio di radiodiagnostica;

h) laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche che svolge anche attività di prelievo eseguite in sede, ferma restando la responsabilità dei singoli reparti nell'organizzazione dei prelievi, nella trasmissione dei campioni e nel ritiro dei referti. Il laboratorio è responsabile degli eventuali punti di prelievo, esistenti nel territorio di competenza dell'ospedale in ordine ai prelievi stessi, alla trasmissione dei campioni e alla consegna dei referti.

Il laboratorio deve essere attrezzato almeno in modo da poter eseguire tutte le analisi elencate nella tabella n. 1 garantendo l'avvio ad altre sedi dei campioni per esami di altra natura;

i) il servizio di recupero e riabilitazione funzionale, unico per tutto l'ospedale e, di norma, non dotato di letti propri salvo quanto stabilito nell'allegato 17.

Esso prevede, mediante opportune articolazioni territoriali, al soddisfacimento di bisogni riabilitativi in regime ambulatoriale e domiciliare;

l) servizio di farmacia, il cui personale è chiamato ad operare nei diversi presidi dell'U.S.L., soprattutto per quanto concerne l'educazione all'uso del farmaco;

m) servizio di emoteca, collegato con un centro trasfusionale di supporto;

n) servizi per il personale, rappresentati dagli spogliatoi e dalla mensa;

o) stazione di disinfezione da utilizzare per l'intera U.S.L., salvo che a tale servizio già non provveda un'analoga stazione comunale localizzata nel territorio della stessa U.S.L.;

p) coordinamento degli aspetti igienici ed organizzativi;

q) uffici di accettazione amministrativa e di economato;

r) servizi tecnico-economali: cucina con dispensa e lavanderia con guardaroba;

s) servizio mortuario;

t) servizio religioso.

Tutti i reparti dello stabilimento ospedaliero sono sede, oltre di ricoveri, anche di attività di ospedale di giorno. Queste ultime devono essere svolte anche dal servizio di recupero e riabilitazione funzionale.

Locali appositi, non facenti parte dei normali reparti di ricovero, possono essere adibiti alle attività di ospedale di giorno, unitariamente per tutti i reparti e servizi nel caso di patologie complesse che necessitino dell'intervento di più specialisti contemporaneamente.

In tutti gli stabilimenti ospedalieri devono essere garantite corrette attività dietetiche a cura di specialisti afferenti alla medicina generale con il compito di rispondere anche alle esigenze extraospedaliere mediante l'impiego di personale apposito, senza necessariamente costituire un servizio dietetico, necessario solo a livello sovracomprensoriale.

Gli stabilimenti ospedalieri, che dispongono delle dotazioni sopra elencate, costituiscono un *ospedale generale unico* da localizzare, salvo eccezioni, in misura di uno per ogni U.S.L., aggiungendo all'assetto anzidetto, ove del caso, altri eventuali reparti e servizi che svolgono funzione multizonale.

Le scuole per infermieri e tecnici di ogni tipo possono

essere collocate in sede ospedaliera soltanto se esistono spazi disponibili, oltre a quelli da destinare alle dotazioni suddette.

28 – Il riassetto del comparto ospedaliero ha per obiettivo il riequilibrio territoriale delle dotazioni di servizi e reparti, al fine di rendere di regola autosufficienti i comprensori per quanto riguarda le cosiddette specialità intermedie. Per quanto riguarda invece le specialità più rare, eccezion fatta per quelle per le quali sia richiesto un servizio unico per l'intero territorio regionale, il riequilibrio dovrà essere attuato con riferimento ai 4 quadranti nei quali viene suddiviso il territorio regionale: *nord-est*, comprendente i comprensori 4, 5, 6, 7, 8; *sud-est*, comprendente i comprensori 13, 14 e 15; *sud-ovest*, comprendente i comprensori 9, 10, 11 e 12, e *nord-ovest*, comprendente i comprensori 1, 2 e 3.

L'allegato 28 alla presente legge specifica le localizzazioni delle specialità suddette.

29 – La scelta della Regione Piemonte di organizzare dipartimentalmente l'assetto dei servizi, compresi quelli ospedalieri, ai sensi dell'art. 17 della legge 23-12-1978, n. 833 – resta confermata come indirizzo di fondo da perseguire al più presto possibile, con particolare riferimento al dipartimento materno-infantile previsto dal progetto obiettivo « tutela della procreazione responsabile, della salute della donna, della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva ».

Obiettivo per il primo semestre 1982 è quello della emanazione della legge regionale sull'ordinamento dipartimentale affinché il nuovo assetto possa essere avviato nel 1° piano triennale e completamente operante nel 2°.

La legge regionale sui dipartimenti dovrà dare uniformità per tutto il territorio piemontese sui seguenti contenuti:

– la regolamentazione del tipo del dipartimento, con la statuizione degli organi che lo compongono e le relative attribuzioni, delle forme di partecipazione di cui all'art. 15 della legge 833, e dei rapporti fra il dipartimento stesso ed i vari settori e servizi dell'U.S.L.;

– le aggregazioni dipartimentali comunque da istituire entro il 1982 e cioè il dipartimento di emergenza ed accettazione, il dipartimento materno-infantile, il dipartimento di salute mentale e il dipartimento internistico. Resta in vigore la normativa già emanata per i D.E.A. dalla Regione Piemonte.

30 – Le caratteristiche dell'ospedale generale unico fanno sì che la sua dimensione minima è in grado di servire di regola non meno di 50.000 abitanti.

Ne consegue che, di norma, un ospedale generale unico può essere previsto soltanto per le U.S.L. con popolazione non inferiore alla soglia prima indicata.

31 – Si può derogare alla norma suesposta solo in presenza delle situazioni sottoelencate:

a) quando si verifichino contemporaneamente le condizioni, nella stessa U.S.L., di una densità territoriale inferiore a 50 ab./Kmq. e della presenza di popolazione residente a 500 metri ed oltre sul livello del mare in misura superiore al 50% della popolazione totale;

b) quando il peso percentuale della popolazione anziana nella U.S.L. superi quello medio regionale e la spedalizzazione prevedibile corrisponda a quella di una popolazione di 50.000 abitanti con composizione per età pari a quella media regionale;

c) quando la presenza di un ospedale generale unico, alla luce degli indirizzi del piano regionale di sviluppo, appaia opportuna al fine di contribuire al riequilibrio territoriale.

Costituirà altresì motivo di deroga, l'esistenza in una U.S.L. con popolazione inferiore a 50.000 abitanti, di uno stabilimento ospedaliero che già disponga di gran parte delle specialità di base, con il vincolo che tale presidio deve garantire l'impiego in quel territorio in sede extra-ospedaliera degli operatori medici e non, presenti in ospedale, e ciò con particolare riferimento alla scarsa presenza di pediatri ed ostetrico-ginecologi, figure indispensabili allo sviluppo del progetto-obiettivo « tutela della procreazione responsabile, della salute della donna, della maternità, della infanzia e dell'età evolutiva ».

In tali ospedali non potranno prevedersi servizi e reparti diversi da quelli elencati nel precedente par. 27, dismettendo entro il 1982 quelli oggi esistenti non ricompresi nel paragrafo stesso, salvo che non siano espressamente indicati nell'allegato 28.

32 – Rappresenta, per contro, impedimento alla presenza nell'U.S.L. di un ospedale generale unico la esigenza di non infittire, senza fondato motivo, le maglie della rete ospedaliera, quando già l'esistenza di ospedali facilmente accessibili garantisca comunque alla popolazione dell'U.S.L. l'erogazione del servizio ospedaliero.

33 – La tabella n. 6 mette in rilievo le zone con popolazione inferiore a 50.000 abitanti che, di norma, non potrebbero disporre di ospedale generale unico, richiama l'esistenza di eventuali motivi di deroga, specifica le zone attualmente prive di ospedali generali e, nell'ultima colonna, indica le zone per le quali un ospedale generale unico, con le caratteristiche di cui al punto 27, è previsto dal piano e, in caso negativo, il motivo della mancata previsione.

34 – La dispersione del servizio ospedaliero su più sedi nell'ambito di una stessa U.S.L. costituisce, di regola, causa non trascurabile di riduzione sia della qualificazione degli interventi, sia della capacità operativa.

Al fine di superare tali situazioni si indica come obiettivo prioritario delle U.S.L. interessate:

1) di considerare immediatamente il servizio ospedaliero come unico, anche se articolato su due sedi;

2) di elaborare un programma di unificazione del servizio ospedaliero di U.S.L. in un solo stabilimento da realizzare nel corso di due trienni, salvo diversa disposizione dell'allegato 28.

Di conseguenza l'assemblea generale di U.S.L., in sede di formazione del primo programma zonale, definirà modalità e tempi atti a garantire il raggiungimento dell'obiettivo anzidetto, avuto presente che il processo di unificazione deve investire prioritariamente:

a) i servizi di pronto soccorso ed accettazione, di anestesia, di laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologiche ed i reparti di pediatria ed ostetricia-ginecologia, considerato che, nel caso di più stabilimenti ospedalieri nella stessa U.S.L., già oggi risultano di regola sottoutilizzati;

b) il servizio di farmacia, i magazzini economali e la lavanderia.

Il primo programma zonale, inoltre, dovrà contenere le proposte d'uso degli stabilimenti ospedalieri da dismettere.

Fino all'espressione del parere di congruità da parte della Giunta Regionale sui programmi zonali di cui all'art. 18 della legge di approvazione del presente piano, restano sospese sia l'attribuzione alle U.S.L. interessate di fondi di investimento a fini ospedalieri, sia l'autorizzazione di variazioni a piante organiche per personale da destinare a soli fini ospedalieri per le strutture di cui è prevista la riconversione d'uso.

Nell'allegato 28 sono evidenziate le U.S.L. in cui l'applicazione di tali principi pone particolari problemi e sono altresì indicati gli indirizzi per le necessarie differenziate soluzioni.

35 – Gli stabilimenti ospedalieri dipendenti dall'Ordine Mauriziano e dalla Chiesa Valdese, tenuto conto delle sta-

-uzioni di cui all'articolo 41 della legge 23-12-1978, n. 833, vengono conservati in esercizio, nel limite dei servizi già funzionanti al 31-12-1980, salvo diverse specificazioni dell'allegato 28, in attesa che la Regione definisca il loro utilizzo in accordo con gli Enti gestori.

Per quanto attiene lo stabilimento ospedaliero attualmente dipendente come filiazione dell'INRCA e collocato in Torino, va preso atto che al medesimo è stata riconosciuta la qualifica di istituto di ricerca e cura a carattere scientifico.

Contro tale decreto è pendente il ricorso presso il Consiglio di Stato promosso da parte del Comune di Torino e dell'U.S.L. 1-23, in quanto è riconosciuta quale struttura operante del medesimo istituto, la sede di Torino mai attivata.

Pertanto la destinazione d'uso dello stabilimento risulta in parte condizionata dalla definizione dell'assetto proprietario dell'edificio.

In ogni caso e al di là di tale definizione, che può comportare la collocazione del presidio nella rete regionale di servizi pubblici o a pieno titolo oppure solo mediante un utilizzo dell'edificio in termini di convenzione, il piano triennale prevede la sua utilizzazione come presidio integrativo generale e polivalente compresa la funzione di ospedale generale finalizzato al soddisfacimento dei bisogni sanitari complessivi dei quartieri cittadini della zona Mirafiori Sud nonché di U.S.L. extracittadine contermini (33 Nichelino).

Le convenzioni con gli istituti a carattere scientifico di diritto privato di Veruno e Piancavallo sono mantenute in vigore fino all'emanazione del nuovo schema tipo ministeriale ex articolo 41 della Legge 833. Il loro rinnovo dovrà rispettare le previsioni di cui al punto 74 del presente allegato.

36 – Nel 4° trimestre del 1981, la commissione costituita per la programmazione dei presidi poliambulatoriali ed ospedalieri di Torino verificherà le ipotesi di soluzione, per modo che nel 1° semestre 1982 il « progetto poliambulatori ed ospedali di Torino » possa essere approvato dal Consiglio regionale, come aggiornamento del piano regionale socio-sanitario, ai sensi dell'articolo 6 della legge di piano.

Si assume come obiettivo centrale del progetto Torino, in materia di presidi ospedalieri, la realizzazione di una rete organica di ospedali generali unici, che comprendano le 4 discipline di base (medicina generale, chirurgia generale, ostetricia-ginecologia, pediatria).

L'attuazione di tale obiettivo comporta le fasi seguenti:

a) garantire, a tempi brevi, la presenza delle quattro discipline di base negli stabilimenti ospedalieri che già ne dispongano di almeno due;

b) ridurre il numero dei posti-letto delle discipline di base a quello necessario a dare risposta alla domanda specifica espressa dalla popolazione del Comune di Torino e di quelle U.S.L. contermini prive di stabilimento ospedaliero, al fine di evitare azione surrogatoria all'attività degli stabilimenti ospedalieri di 1° e di 2° cintura;

c) rivedere numero e dimensioni dei reparti delle specialità non di base nell'ottica di una loro equilibrata distribuzione sull'intero territorio regionale.

Base di riferimento per il nuovo assetto ospedaliero resta il quartiere, non nel senso che a ciascuno di essi deve essere garantita una presenza ospedaliera, ma nel senso che deve definirsi per ciascun quartiere l'ospedale al quale i servizi di base possano correttamente rivolgersi per le loro necessità ed appare opportuno, in questo quadro, che le quattro discipline di base trovino una distribuzione territoriale più uniforme. Tale esigenza appare più evidente con specifico riferimento all'ostetricia-ginecologia ed alla pediatria, ma investe, se pure in minore misura, la medicina generale e la chirurgia generale.

Assunta come base di riferimento dell'iniziativa di riconversione del sistema ospedaliero torinese una suddivisione del Comune di Torino in 5 aree:

- il nucleo centrale (quartieri 1 e 3),
- l'area nord-est (quartieri 7, 8, 18, 19, 20 e 21),
- l'area sud-est (quartieri 2, 9, 10 e 22),
- l'area sud-ovest (quartieri 4, 5, 11, 12, 13 e 23),
- l'area nord-ovest (quartieri 6, 14, 15, 16 e 17)

la priorità richiesta degli interventi è la seguente:

a) garantire reparti di ostetricia-ginecologia e pediatria nell'area nord-est che ne è totalmente priva;

b) garantire reparti di medicina generale nell'area nord-ovest che ne è quasi completamente priva;

c) raddoppiare la disponibilità di posti-letto dei reparti di chirurgia generale nell'area nord-ovest e di ostetricia-ginecologia nell'area nord-ovest e sud-ovest;

d) incrementare la disponibilità di posti-letto dei reparti di medicina generale, di pediatria e di chirurgia generale nell'area sud-ovest.

Per quanto riguarda la localizzazione dei reparti da prevedersi nelle diverse aree, si sottolinea che per l'area sud-ovest l'uso dello stabilimento ospedaliero in corso di costruzione nella via Farinelli può contribuire, sia pure in parte, alla soluzione del problema.

Per le altre aree, invece, la ricerca di localizzazione va connessa con il momento di esame e proposta per la redistribuzione dei reparti specialistici ospedalieri non di base.

In merito a tali reparti specialistici non di base criterio da seguire nella loro ricollocazione è quello di non disperdere le positive esperienze derivanti dalla presenza in una sede di più reparti e servizi operanti in stretta collaborazione, conservando ubicazione unitaria a quei reparti e servizi che già oggi costituiscono struttura operativa unitaria.

Elementi da vagliare con attenzione sono: quello dei costi che il riordino del sistema ospedaliero può provocare, ove non si operi con oculata attenzione o, peggio, con iniziative improvvisate e quello delle modalità di trasferimento di divisioni e servizi da un ospedale ad un altro, prevedendo necessari comparti per sedi transitorie.

37 – La distribuzione territoriale dei reparti e servizi ospedalieri, diversi da quelli già elencati al punto 27 deve avvenire secondo i seguenti criteri:

a) evitare la presenza di reparti di dimensioni eccessive rispetto al prevedibile carico assistenziale;

b) distribuire omogeneamente sul territorio reparti e servizi;

c) localizzare reparti e servizi tenuto conto della correlazione funzionale tra essi e con quelli elencati al punto 27.

38 – I servizi dei quali può prevedersi l'istituzione negli ospedali generali unici sono, di regola ed oltre quelli elencati ai punti 27 e 39 quelli sottoelencati:

a) *anatomia ed istologia patologica*, che svolge attività di riscontro diagnostico sulle salme dei deceduti, di diagnostica isto-pastologica su materiale bioptico ed operatorio e di citologia;

b) *cardiologia*, che svolge attività diagnostico-terapeutiche correnti, dispone di una unità di terapia intensiva coronarica (4-6 posti) e di letti di supporto per cure post-intensive, in numero non superiore a 15. Tale servizio è collocato presso gli stabilimenti ospedalieri sede di DEA di 1° livello (ved. allegato 16).

c) *centro grandi ustionati*, per il quale si ritiene necessario un solo polo a livello regionale;

d) *dietologia*, che solo in alcune sedi è chiamata a svolgere compiti di ricerca, promozione, indirizzo, formazione, addestramento ed aggiornamento del personale medico e diplomato;

e) *medicina nucleare*, che svolge le attività che comportano l'utilizzazione di radioisotopi non sigillati a scopo

diagnostico (sia direttamente sui pazienti, sia su materiale biologico marcato in laboratorio), nonché a scopo terapeutico. Si prevede che tale servizio possa essere localizzato solo in stabilimenti ospedalieri nei quali sia ritenuta necessaria anche la presenza di un servizio di radioterapia. Il servizio non dispone di letti propri, ma utilizza, nel numero strettamente necessario al corretto svolgimento delle attività diagnostiche e terapeutiche proporzionate al carico reale, i letti previsti per la radioterapia, in considerazione delle peculiari caratteristiche di protezione;

f) *neuropsichiatria infantile*, per la quale, fermo restando che in ogni dipartimento materno-infantile deve essere garantito l'intervento del neuropsichiatra infantile, si ravvisa comunque la necessità che presso alcuni ospedali sia istituito un servizio specifico, inserito nel dipartimento predetto e che usufruisca di letti d'appoggio presso il reparto pediatrico;

g) *oncologia*, per la quale, fermo restando il ruolo in materia affidato alle divisioni di medicina generale, si ravvisa comunque la necessità che presso alcuni ospedali (uno per ciascuna delle città di Alessandria, Cuneo, Novara e Torino) sia istituito un servizio di oncologia, dipartimentalmente collegato con la medicina generale (usufruendo di letti d'appoggio presso il medesimo reparto), nonché con la radioterapia e la chirurgia generale;

h) *psichiatria*, che disponendo di letti, provvede alla prestazione di cure in condizioni di degenza ospedaliera, solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, sia a richiesta dell'interessato, che a regime di trattamento obbligatorio;

i) *radioterapia*, che impiega le radiazioni ionizzanti per fini terapeutici, con esclusione delle sorgenti radioattive non sigillate, la cui utilizzazione è compito della medicina nucleare, fermo restando che alla radiodiagnostica, oltre all'uso di radiazioni ionizzanti per fini diagnostici, compete l'impiego delle altre tecniche per la formazione di immagini (ecografia, termografia, ecc.). Al servizio di radioterapia vengono affidate direttamente le degenze relative a portatori di sorgenti radioattive (in ambito comune con quelle di medicina nucleare) in considerazione delle peculiari esigenze di carattere protezionistico, mentre la rimanente casistica sottoposta a trattamento radioterapico va collocata nei reparti di pertinenza nosologica;

l) *trasfusionale*, che svolge attività di raccolta del sangue, e per la quale si avvale anche di centri di raccolta, fissi e mobili, operanti sul territorio, e che provvede alla tipizzazione, conservazione e distribuzione del sangue e degli emoderivati di pronto impiego, all'attività di immunoematologia trasfusionale, fermo restando che gli esami laboratoristici per il controllo dello stato di salute dei donatori, vanno di regola eseguiti presso il laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche. Il centro trasfusionale rifornisce le emoteche ricomprese nel territorio di competenza.

39 – I reparti dei quali può prevedersi l'istituzione negli ospedali generali unici sono, di regola, e oltre a quelli indicati al punto 27, quelli relativi alle discipline sottoelencate:

a) *cardiochirurgia*, che può essere esercitata soltanto là dove operi un reparto di cardiologia dotato di un laboratorio di emodinamica e ricomprende l'attività cardiochirurgica infantile per la quale devono essere assicurati tuttavia i corrispondenti supporti diagnostici, di anestesiologia e di assistenza intensiva ad indirizzo pediatrico;

b) *cardiologia*, che dove prevista dal piano riassorbe tutte le funzioni già attribuite al servizio di cardiologia di cui al precedente punto 38. Tale reparto svolge i compiti indicati nell'allegato 16. Alcuni reparti di tale specialità, giuste le indicazioni dell'allegato 16, garantiscono l'applicazione di tecniche diagnostiche di maggiore complessità, a livello di quadrante;

c) *chirurgia maxillo-facciale*, intesa come reparto deputato allo svolgimento di attività considerate di altissima specializzazione, quali gli interventi di traumatologia dello scheletro della faccia, il trattamento di neoplasie mascellari, delle sinusiti odontogene e via dicendo, da non confondere con le normali attività chirurgiche svolte dalla odontostomatologia e dalla ortognatodonzia;

d) *chirurgia pediatrica*, che deve assicurare interventi di chirurgia generale su soggetti dalla nascita al 12° anno compiuto, eccezion fatta di quelli appartenenti a branche chirurgiche ad alto grado di specializzazione, dal punto di vista diagnostico e terapeutico (cardiochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, neurochirurgia, oculistica, odontostomatologia e otorinolaringoiatria), fermo restando che la chirurgia di routine, specie per i bambini tra 6 e 12 anni può essere svolta da un reparto di chirurgia generale.

Alla chirurgia pediatrica debbono essere assicurati in sede i necessari supporti specifici anestosiologici e di terapia intensiva ad indirizzo pediatrico;

e) *chirurgia plastica*, che svolge principalmente gli interventi riparatori di malformazioni congenite, di lesioni post-traumatiche (ustioni comprese).

La sua presenza è condizione per l'istituzione di un centro per grandi ustionati;

f) *chirurgia toracica*, che può operare soltanto in presenza di attività di pneumologia;

g) *chirurgia vascolare*, che può essere esercitata in una sede che disponga altresì di:

– un qualificato servizio di angiologia, inteso come attività internistica di alto livello, sostenuta da strumentazioni ed adeguata capacità di laboratorio;

– un'efficiente attività di angiografia radiologica, svolta dal servizio di radiodiagnostica;

– un'attività di medicina nucleare, capace di espletare esami funzionali del circolo;

h) *dermosifilopatia*, da collegare con i servizi sul territorio, con particolare riferimento alle iniziative di medicina ed igiene del lavoro ed alla lotta antivenerea;

i) *ematologia*, che svolge attività di alto livello specialistico, sia nel momento diagnostico che in quello terapeutico; tra esse assumono particolare valore i trattamenti delle emopatie sistematiche e degli organi deputati alla formazione dei componenti corpuscolari. Premesso che le attività di immunoematologia vanno preferenzialmente considerate di competenza del laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche e del servizio trasfusionale, il reparto specialistico deve disporre di una unità « sterile » per i pazienti presentanti gravi deficit immunitari, agranulocitosi spontanee o iatrogene, o sottoposti a trattamenti immuno-soppressivi. Negli ospedali sede di reparto specifico il laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche deve svolgere anche le indagini morfologiche ematologiche ed i controlli più strettamente connessi con la conduzione delle terapie, in connessione con il reparto stesso;

l) *endocrinologia*, che svolge attività di altissimo livello specialistico, con particolare riguardo al trattamento delle malattie metaboliche ormono-dipendenti, senza però divenire centro di convergenza indiscriminata di tutte le casistiche che potrebbero farvi capo routinariamente per stretta competenza e che possono, comunque, essere trattate nelle altre specialità (pediatria, ostetricia-ginecologia, medicina generale, ecc.), godendo peraltro sempre del necessario supporto dei reparti di questa disciplina. Si tratta in particolare delle attività di diabetologia e di azione contro le obesità, da gestire necessariamente con criteri di adeguata periferizzazione nell'ambito della medicina generale. Negli ospedali sede di reparto di endocrinologia, il laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche deve svolgere anche accertamenti specifici, in connessione con il reparto stesso;

m) *gastroenterologia*, che svolge attività di altissimo li-

vello specialistico con riferimento all'apparato digerente, ricoverando malati complessi e senza divenire centro di convergenza indiscriminata di tutte le casistiche, che possono utilmente essere trattate in ambiti più periferizzati (medicina generale, chirurgia generale, malattie infettive), godendo sempre del necessario supporto dei reparti di questa disciplina, che debbono comunque poter disporre di:
– servizio di endoscopia digestiva (che in tal caso non viene ovviamente svolto dalla medicina generale);
– fisiopatologia digestiva, rappresentata da tutte le attività di esplorazione funzionale connesse con il diretto approccio dei pazienti e con la necessità di prove estemporanee di laboratorio, da svolgere di concerto con il laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche;

n) *malattie infettive;*

o) *nefrologia*, atta al trattamento di pazienti complessi, selezionati opportunamente dai reparti di medicina generale. Il reparto di tale specialità ricomprende il servizio di dialisi per il trattamento dell'insufficienza renale acuta e cronica, il quale può essere istituito anche in ospedali generali unici, privi di uno specifico reparto di nefrologia, operando dipartimentalmente con la medicina generale, sotto forma di servizio di nefrologia e dialisi. Dai servizi di dialisi in ambito ospedaliero dipendono i centri ad assistenza limitata e l'esercizio della dialisi domiciliare regolamentati dalla legge regionale 25-11-1974, n. 34;

p) *neurochirurgia*, che può essere esercitata soltanto là dove operi un reparto di neurologia e la sua presenza comporta l'esercizio di attività di neuroradiologia;

q) *neurologia*, che deve operare disponendo, in ogni caso, della neurofisiopatologia;

r) *oculistica*, che deve ricomprendere le attività di ortottica, intesa come particolare tecnica di rieducazione, da enucleare dal contesto del servizio di recupero e riabilitazione funzionale polivalente;

s) *odonto-stomatologia*, che ricomprende l'ortognatodonzia da attuare prevalentemente nel territorio e, più che di letti, deve disporre di poltrone odontoiatriche;

t) *ortopedia traumatologia*, che si avvale del servizio di recupero e riabilitazione funzionale polivalente per lo svolgimento delle attività di fisiochinesiterapia di settore;

u) *otorinolaringoiatria*, per la quale risultano particolarmente caratterizzanti, tra l'altro, la diagnostica strumentale (audiologica e vestibolare), e che si avvale, di regola, del servizio di recupero e riabilitazione funzionale per la riabilitazione foniatrica; in alcune sedi è previsto, nell'ambito della disciplina, un servizio di audiologia (allegato 28);

v) *pneumologia*, che svolge anche le attività di fisiopatologia respiratoria per la diagnostica funzionale di broncoscopia a fini diagnostici e terapeutici e di fisiochinesiterapia per il trattamento delle insufficienze respiratorie. È preferibile che queste ultime attività siano svolte nell'ambito del servizio di recupero e riabilitazione funzionale polivalente. In presenza di un reparto di pneumologia, la divisione di medicina generale si appoggia ad esso per le attività di fisiopatologia respiratoria;

z) *reumatologia*, limitatamente ai reparti in esercizio alla data del 31-12-1979, ai quali vengono attribuite funzioni di centro di riferimento;

y) *urologia.*

Oltre ai reparti relativi alle specialità sopraelencate, in deroga a quanto indicato nel successivo paragrafo 45, cpv. b), gli stabilimenti ospedalieri nei quali, alla data del 31-12-1979, erano in funzione reparti di geriatria, li conservano in esercizio, con l'obbligo di trasformare nel triennio la loro attività in quella di medicina antinvalidante.

40 – Lo svolgimento di attività di trapianto d'organi è attualmente soggetta a regime autorizzativo di competenza statale. Ciò stante, la Regione Piemonte si fa carico di proporre al Ministero della Sanità che l'attività stessa, con particolare riferimento ai trapianti di rene e di cornea, sia concentrata in un numero limitato di sedi idonee, in ogni modo nella misura non superiore ad una per quadrante, qualora la domanda lo renda necessario.

Poiché la prima esecuzione di trapianto renale ha avuto luogo nel secondo semestre '81 e la dichiarata capacità del Centro Torinese (circa 25 trapianti all'anno) rappresenta un ventesimo della domanda dei potenziali beneficiari di tale attività, la Regione promuove la istituzione di un secondo centro di *trapianto renale* nel quadrante *nord-est*, anche nello spirito di cui al numero 28 del presente allegato *uno* e nella fattispecie entro la struttura ospedaliera di Vercelli.

41 – Le dotazioni ospedaliere di apparecchiature diagnostico-terapeutiche ad alta tecnologia devono essere equamente ripartite sul territorio regionale, con riferimento alla sua suddivisione in quadranti.

42 – Servizi e reparti ospedalieri, conformemente alle indicazioni dell'allegato 28 alla presente legge assumono funzioni di *centri di riferimento* e sono pertanto chiamati a fornire consulenza ai servizi delle U.S.L. che ad essi si riferiscono, nonché a predisporre protocolli terapeutici ed a collaborare al processo di formazione permanente del personale.

43 – In ogni comprensorio (oltre allo svolgimento delle attività laboratoristiche di base elencate nella tabella n. 1 un laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche dovrà assicurare lo svolgimento delle attività di supporto elencate nella tabella n. 8. In rete di riferimento regionale vanno inoltre svolte le attività elencate nella tabella n. 9, da affidare ad uno o più laboratori esistenti presso ospedali di Torino, per evidenti ragioni di concentrazione della domanda. Dopo adeguata sperimentazione, alcune di tali funzioni potranno essere periferizzate, nel secondo piano triennale, ed esercitate, in ambito intercomprensoriale, in genere dai laboratori degli ospedali sede di D.E.A. di 2° livello. Entro il primo anno di piano dovrà essere organizzato per tutti i laboratori il controllo di qualità.

44 – Negli stabilimenti della rete ospedaliera regionale non può prevedersi l'istituzione, sotto qualsiasi forma, in conformità alle prescrizioni di piano, di reparti e servizi non ricompresi negli elenchi dei punti 27, 38 e 39. Resta ovviamente ferma la libertà dell'Università di istituire corsi per altre e diverse discipline, ma resta altrettanto sancita la libertà della Regione, nell'esclusivo interesse dei cittadini, di accettare nella convenzione l'uso o meno di tali strutture; nel caso di reparti clinici, il corrispondente numero di posti letto deve rientrare nelle previsioni di piano.

Per l'utilizzo integrato delle strutture universitarie e del servizio sanitario regionale, a fini assistenziali e didattici, strumento utile potrà essere l'accordo programmatico Regione-Università, approvato dal Consiglio Regionale con propria deliberazione del 4-10-1978, da applicarsi secondo gli indirizzi, i criteri ed i vincoli del presente piano.

Nulla è innovato nelle convenzioni esistenti con l'Università fino all'emissione dell'apposito schema tipo ministeriale per il loro rinnovo.

45 – L'esistenza oggi di reparti e servizi diversi da quelli indicati nei precedenti punti 27, 38 e 39 deve essere superata con diversa gradualità, a seconda del tipo dei reparti stessi. In particolare gli orientamenti da seguire sono i seguenti:

a) *per i reparti per cronici:* la presenza di reparti per cronici in ambito ospedaliero è contraddittoria con il ruolo affidato all'ospedale. I cittadini oggi ricoverati nei reparti ospedalieri specifici presentano caratteristiche tali da essere ospiti di case protette ed in questa prospettiva le

U.S.L. dal cui territorio provengono tali pazienti dovranno considerare prioritaria l'istituzione di detti servizi;

b) per i reparti di geriatria: gli anziani con patologia acuta richiedenti trattamento in continuità di degenza nello stabilimento ospedaliero vanno ricoverati nel reparto competente per forma morbosa riscontrata come causa prevalente del ricovero, mentre per i casi che non richiedono tale trattamento ospedaliero la competenza fa capo ad altri servizi sanitari o socio-assistenziali, conformemente alle indicazioni del progetto obiettivo « Tutela sanitaria e socio-assistenziale delle persone anziane ».

c) per i reparti di lungodegenti: i cosiddetti lungodegenti vanno riguardati non come una categoria unica, ma come appartenenti a quattro diverse classi:

– *acuti a degenza prolungata*, di competenza delle singole discipline di pertinenza;

– *convalescenti*, da trasferire al domicilio od a servizi territoriali;

– *riabilitandi*, di competenza del servizio di recupero e riabilitazione funzionale, sia in sede ospedaliera, sia nel territorio, fatta salva la necessità di ricovero per particolari patologie (paraplegici) in centri di riabilitazione complessa;

– *cronici*, per i quali si aprono le problematiche già esposte.

Ne consegue che la redistribuzione delle funzioni rende inutili tali reparti;

d) per i reparti di medicina del lavoro: i ricoverati in tali reparti richiedono prestazioni diagnostiche e terapeutiche non chirurgiche, relative a quadri morbosi esclusivamente o prevalentemente correlati a specifiche attività lavorative.

Poiché tuttavia ne viene coinvolta costantemente e pienamente la medicina generale, nonché altre specialità (dermatologia, pneumologia, ecc.) ed è necessario assicurare ovunque validi livelli di prestazioni, senza tuttavia duplicare sotto altro nome reparti di medicina generale e senza creare inopportune duplicazioni di sfere d'intervento, l'oggetto della disciplina va considerato come denominatore comune a molteplici interventi eseguiti prevalentemente sul territorio, attinenti all'esercizio della medicina, ma di stretta competenza anche dei servizi di ambiente, interventi a carattere multidisciplinare, oggetto del progetto obiettivo « tutela della salute dei lavoratori in ogni ambiente di lavoro ». La competenza è da attribuirsi al reparto relativo alla patologia prevalente, con eventuale consulenza di medici con preparazione specifica, agenti di regola nel territorio con compiti di coordinamento degli interventi nell'ambito del progetto obiettivo prima citato;

e) per i reparti di neuropsichiatria: i ricoverati in tali reparti appartengono alla sfera o della neurologia o della psichiatria e pertanto sono di competenza, rispettivamente, o del reparto di neurologia o del servizio di psichiatria;

f) per i reparti di oncologia: si fa riferimento ad un campo d'azione multidisciplinare che assume particolare importanza a livello territoriale con le attività di diagnosi precoce e che a livello terapeutico richiede lo svolgimento di attività chemioterapiche, radianti e chirurgiche.

Si ritiene che a livello ospedaliero i pazienti affetti da forme oncologiche debbano trovare collocazione nei reparti delle varie discipline, evitando comunque la loro aggregazione autonoma o la loro collocazione permanente in letti aggregati alla medicina nucleare od altri, fatta salva la degenza temporanea in unità radioprotette.

Sotto il profilo ospedaliero vanno potenziate le aree di servizio, come l'ospedale di giorno ed il poliambulatorio, capaci di favorire i più ampi contatti con i pazienti esterni. Ne consegue la non necessità di reparti specifici, ma di servizi di oncologia dipartimentalmente collegati con la medicina generale, la radioterapia e la chirurgia generale, presenti solo in poche sedi ospedaliere con compiti di indirizzo, consulenza e ricerca;

g) per i reparti di tisiologia: i ricoverati in tali reparti rientrano nei pazienti che presentano aspetti patologici delle vie respiratorie, oggetto della pneumologia, che volge particolare attenzione al trattamento delle bronco-pneumopatie acute e croniche di qualsiasi origine e che, perciò, viene a ricomprendere la tisiologia. Non esiste, d'altra parte, incompatibilità di principio alla presenza in un ospedale generale di tubercolotici bacilliferi, il cui isolamento può essere garantito in idoneo contesto ambientale;

h) per i servizi di fisica sanitaria: le attività di fisica sanitaria non vanno svolte solo in ambiente ospedaliero, ma debbono essere esercitate a livello territoriale. Per tale motivo i servizi ospedalieri di fisica sanitaria e le relative competenze nonché le risorse esistenti negli ospedali costituiscono articolazione dei laboratori di sanità pubblica;

i) per i servizi di medicina legale: le attività di medicina legale sono svolte in maniera unitaria da un solo servizio per l'intera U.S.L., fermo restando che alcune di esse sono di competenza dei medici di base. Per tale motivo non si prevedono servizi ospedalieri di medicina legale e le relative competenze, nonché le risorse oggi esistenti negli ospedali, debbono riconfluire nei servizi di U.S.L. per svolgere attività di livello zonale o attività di livello multizonale, secondo le prescrizioni di piano;

l) per i servizi di virologia: le attività di accertamento delle malattie da virus e, in particolare, l'isolamento e la tipizzazione degli agenti virali assumono certamente interesse a livello clinico, ma acquistano maggiore rilevanza sotto il profilo epidemiologico e per tale motivo si ritiene che la sede più conveniente per il loro svolgimento sia quella del laboratorio di sanità pubblica. Per tale motivo non si prevedono servizi ospedalieri di virologia e le relative competenze, nonché le risorse oggi esistenti negli ospedali, debbono essere ricondotte al laboratorio suddetto, secondo le prescrizioni di piano.

46 – La distribuzione dei reparti e dei servizi negli ospedali della rete regionale è indicata nell'allegato 28 alla legge di piano. Per alcuni reparti, il cui riordino è considerato a livello regionale rilevante, vengono indicati anche i posti letto da prevedere nelle singole sedi.

Le prescrizioni di piano per le singole U.S.L. sono quelle indicate nell'allegato 28 alla legge di piano.

47 – Le funzioni per il perseguimento di una adeguata educazione sanitaria nel campo motorio e per la tutela sanitaria delle attività sportive della popolazione sono svolte dalle Unità sanitarie locali nell'ambito delle proprie competenze e delle indicazioni della programmazione regionale.

Lo svolgimento di tali funzioni è assicurato attraverso i servizi di igiene pubblica, di tutela dell'infanzia e dei soggetti in età evolutiva, della medicina di base e integrativa di base, su programmi a dimensione comprensoriale coordinati dalla Giunta Regionale, anche attraverso il convenzionamento con strutture specifiche esistenti, tra cui i Centri di medicina dello sport.

I Comuni e gli organismi di decentramento determinano nel rispetto delle finalità e delle norme relative alla partecipazione degli utenti del servizio sanitario e delle formazioni sociali esistenti sul territorio, le forme e le modalità atte ad assicurare la partecipazione delle Società e delle Associazioni Sportive, anche ai fini della promozione di interventi di educazione sanitaria diretti a diffondere l'attività motoria e sportiva come mezzo efficace di prevenzione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica.

Non competono al servizio sanitario regionale nelle sue varie articolazioni la tutela sanitaria delle attività sportive di livello e natura professionistica, fermo restando che le Unità sanitarie locali possano fornire servizi a richiesta

dei privati, secondo tariffe e convenzioni-tipo determinate dalla Giunta Regionale.

48 – Le attività di igiene ambientale, oltre a quelle svolte a livello di distretto, sono di competenza del *servizio d'igiene* pubblica, a livello di U.S.L., e del *laboratorio di sanità pubblica,* che svolge funzioni multizonali.

49 – Il *servizio d'igiene* pubblica di U.S.L. svolge compiti di indirizzo unitario, coordinamento e gestione di tutte le attività a salvaguardia dell'ambiente di vita e di lavoro. Esso agisce direttamente sia a supporto ed integrazione dei tecnici d'ambiente operanti a livello di distretto, sia per iniziativa propria, sia su previsioni attuative di programmi specifici di intervento e fa riferimento, per i necessari supporti da ricevere, ad un laboratorio di sanità pubblica. Il servizio di igiene pubblica nasce come continuità, usando le risorse, sia degli uffici comunali d'igiene, sia delle unità di base per la tutela sanitaria nei luoghi di lavoro, degli uffici dei medici provinciali, dell'E.N.P.I. e dell'A.N.C.C. Le funzioni igienistiche dell'ufficiale sanitario sono svolte dal responsabile del servizio di igiene pubblica della U.S.L.

50 – Le funzioni di ispezione, prescrizione e diffida già di competenza dell'Ispettorato del Lavoro, trasferite all'U.S.L., sono da esse esercitate tramite un corpo di funzionari individuati dalla Regione su indicazione della U.S.L. ed investiti dal prefetto delle funzioni di polizia giudiziaria. La funzione ispettiva è distinta da quella normale dei servizi.

La Regione individua i soggetti esercitanti tale funzione fra il personale della U.S.L. laureato o tecnico, dotato di specifiche competenze nel campo dell'igiene pubblica e dell'igiene e sicurezza del lavoro. I soggetti incaricati di funzioni ispettive operano in stretto contatto con i servizi di igiene ambientale e alle dirette dipendenze dell'ufficio di direzione dell'U.S.L. dove sono funzionalmente collocati.

La funzione ispettiva ha carattere multizonale e viene esercitata dalle U.S.L. di seguito elencate per le U.S.L. indicate accanto a ciascuna:

Torino	per le zone da 1 a 39
Ivrea	per le zone 40 e 41
Pinerolo	per le zone 42, 43, 44
Vercelli	per le zone 45, 46, 49, 50
Biella	per le zone 47, 48
Novara	per le zone 51, 52, 53, 54
Comprensorio 8	per le zone 55, 56, 57
Cuneo	per le zone 58, 59, 60, 66, 67
Savigliano	per le zone 61, 62, 63
Alba	per le zone 64, 65
Asti	per le zone 68, 69
Alessandria	per le zone 70, 71, 72, 73, 74, 75
Casale Monferrato	per la zona 76

51 – Il laboratorio di sanità pubblica svolge le funzioni tecniche di controllo e vigilanza dell'ambiente e si articola, di regola, in quattro sezioni:

a) *fisica* e *impiantistico-tecnologica*, per le determinazioni meccaniche, elettriche, elettromagnetiche, acustiche, termiche, ecc., e per le attività antiinfortunistiche;

b) *chimica*, per le determinazioni chimiche;

c) *biologica*, per le determinazioni microbiologiche, parassitologiche, immunologiche, istologiche e simili;

d) *tossicologia e chimico-clinica*, per le determinazioni chimico-cliniche di istituto e per le rilevazioni relative ad indagini tossicologiche (sostanze inquinanti e loro metaboliti) in soggetti esposti, lavoratori e non.

Alcuni dei laboratori di sanità pubblica saranno chiamati a svolgere, oltre alle attività predette, anche:

– attività di controllo e vigilanza delle radiazioni ionizzanti, di competenza di regola della sezione fisica, salvo che particolari situazioni ambientali e di rete non comportino la scelta di una sezione autonoma;

– determinazioni virologiche, di competenza di regola della sezione biologica, salvo che motivazioni di rete non comportino la scelta di una sezione autonoma.

Le sezioni si articolano in nuclei operativi.

Per i laboratori di sanità pubblica devono essere previste forme di coordinamento regionale.

I servizi di igiene pubblica delle U.S.L. si avvalgono inoltre, per la parte di competenza, dell'Istituto Zooprofilattico.

I servizi di fisica sanitaria degli ospedali sono considerati facenti parte della sezione fisica del presidio multizonale.

52 – La localizzazione dei laboratori di sanità pubblica è prevista nelle sedi sottoelencate ed a servizio delle U.S.L. indicate:

sede	*U.S.L. servite*	*servizi aggiunti*
1) Torino	da 1 a 23, 28 e 29	virologia, ionizzanti
2) U.S.L. 24	da 24 a 27 e da 35 a 37	
3) U.S.L. 33	da 30 a 34 e da 42 a 44	
4) U.S.L. 40	da 38 a 41	
5) Vercelli	45, 46, 49 e 50	ionizzanti
6) Biella	47 e 48	
7) Novara	da 51 a 54	virologia, ionizzanti
8) Comprensorio 8	da 55 a 57	
9) Cuneo	da 58 a 67	ionizzanti
10) Asti	68 e 69	
11) Alessandria	da 70 a 76	ionizzanti

Entro il 1° semestre del 1982, le U.S.L. n. 24, 33, 40 e 55-56-57 dovranno definire, di concerto con il comprensorio, e con le altre U.S.L. dell'area di riferimento, la scelta della sede del laboratorio di sanità pubblica nonché delle attività di ispezione di cui al punto 50 e delle funzioni di supporto veterinario di cui all'allegato 27, ed entro il medesimo anno le U.S.L. nelle quali è previsto un laboratorio di sanità pubblica dovranno formulare un programma organico di riordino dei servizi esistenti (ove già esista un laboratorio provinciale di igiene e profilassi) o di istituzione del laboratorio stesso, che tenga conto delle risorse oggi disponibili nei laboratori provinciali predetti, nei diversi enti disciolti già preposti a funzioni di controllo e vigilanza dell'ambiente (Ispettorato del Lavoro, ENPI, ANCC) e delle attività dell'Istituto Zooprofilattico.

53 – Le attività di *medicina legale* vengono esercitate a livello di U.S.L., fatta eccezione per quelle attribuite ai medici di base (vedasi tabella n. 10) e per quelle di appello sui giudizi medico-legali espressi dall'istanza zonale. Il servizio di medicina legale è ricompreso tra le strutture centrali dell'U.S.L. stessa.

54 – Le attività di medicina legale di seconda istanza sono di competenza di servizi distinti e separati dai precedenti, con funzioni multizonali.

Le *funzioni multizonali della medicina legale vengono* affidate ad appositi servizi, distinti da quelli comunque già presenti per l'espletamento delle funzioni di prima istanza, integrati nelle U.S.L. di Torino, Vercelli, Novara, Cuneo, Asti ed Alessandria.

55 – Le attività di *pronto soccorso*, da non confondere con quelle di trasporto infermi, sono di competenza in generale del servizio di pronto soccorso ed accettazione, obbligatorio per ogni ospedale generale unico ed in particolare dei dipartimenti di emergenza ed accettazione. Il piano non prevede l'istituzione nella rete pubblica di altri servizi comunque collocati nel territorio abilitati all'erogazione delle attività suddette.

Gli ospedali sede di D.E.A. sono indicati nell'allegato 28 alla legge di piano.

In ogni comprensorio dovrà essere istituito un servizio di chiamata con numero unico che colleghi il D.E.A., gli altri servizi di pronto soccorso, i servizi di guardia medica previsti dalla convenzione per la generica e le ambulanze per il trasporto di emergenza.

56 – Sono di competenza del *servizio trasporto infermi*, escludendo i casi di competenza dei servizi di emergenza, i trasporti:

a) dal domicilio ad un presidio sanitario e viceversa;

b) da un presidio sanitario ad un altro.

Di regola, quando il trasferimento è richiesto dall'organizzazione sanitaria, è questa stessa che deve provvedere impiegando ambulanze sue proprie od utilizzando altri servizi, in particolare quelli del volontariato, a mezzo convenzione.

Nel caso in cui sia il cittadino a richiedere l'uso di una ambulanza per motivazioni sue proprie, per casi diversi dai punti *a*) e *b*), l'onere è a suo carico, Resta compito pubblico quello della vigilanza sulle caratteristiche delle ambulanze e sulle tariffe da praticarsi per il noleggio, al fine di evitare fenomeni speculativi.

57 – La disponibilità di sangue a fini terapeutici viene garantita dalla presenza in sede ospedaliera di emoteche e di centri trasfusionali.

Il servizio trasfusionale svolge tutte le attività indicate al punto 38 ed è ubicato in sede ospedaliera, secondo le indicazioni di cui all'allegato 28 alla legge di piano.

Per le attività di raccolta, e non solo di queste, si avvale utilmente dell'operosità delle associazioni di donatori, istituendo posti di raccolta fissi e mobili.

L'*emoteca* assicura a livello di U.S.L. la distribuzione del sangue e dei suoi derivati. Essa è collocata in sede ospedaliera e va funzionalmente collegata con un centro trasfusionale, prevedendo anche la presenza di personale del centro stesso ad orari definiti per ragioni di particolare emergenza.

58 – A livello di U.S.L. i servizi socio-assistenziali svolgono in particolare il riconoscimento di idoneità e la vigilanza sulle attività delle istituzioni pubbliche e private.

59 – Non si devono svolgere funzioni multizonali in materia di assistenza sociale, fatte salve le competenze del livello regionale.

60 – *Il servizio veterinario*, fatte salve le competenze attribuite al gruppo di base, svolge a livello di U.S.L.:

a) attività di ispezione veterinaria;

b) attività di vigilanza veterinaria;

c) attività di polizia e profilassi veterinaria.

Le funzioni a livello sovrazonale sono previste nell'allegato 27.

61 – In applicazione dell'art. 36 della legge 833-78 la Regione stabilirà con propria legge quanto da prevedersi per il *termalismo*, sotto il profilo terapeutico, con le seguenti scadenze:

– entro il 1° semestre 1982: analisi delle strutture esistenti e analisi dei limiti di applicabilità delle norme e utilizzo delle strutture;

– entro il 1982: definizione del piano di utilizzo delle strutture esistenti.

C – I PROGETTI-OBIETTIVO

62 – Il piano socio-sanitario triennale prevede lo sviluppo di tre progetti-obiettivo:

a) tutela della salute dei lavoratori in ogni ambiente di lavoro;

b) tutela della procreazione responsabile, della salute della donna, della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva;

c) tutela sanitaria e socio-assistenziale delle persone anziane.

63 – I progetti-obiettivo sono finalizzati non solo al raggiungimento di obiettivi specifici, ma anche alla messa in moto di tutti i necessari processi di interrelazione tra i diversi presidi e servizi sanitari e socio-assistenziali operanti nel territorio regionale o con programmi, servizi o interventi che abbiano forte rilevanza socio-sanitaria (riequilibrio territoriale, risanamento ambientale, interventi educativi, ecc.).

64 – Il progetto-obiettivo « *tutela della salute dei lavoratori in ogni ambiente di lavoro* » ha lo scopo di fornire una risposta globale ed adeguata ai rischi specifici ai quali sono sottoposti i lavoratori in ambiente e per ragioni di lavoro, recuperando le esperienze culturali e scientifiche elaborate in materia, con particolare riferimento a quelle maturate dalla lotta e dall'iniziativa del movimento dei lavoratori, particolarmente ricche nella Regione Piemonte.

Gli obiettivi che il progetto si pone sono non solo quelli di tendere ad un consistente abbattimento degli infortuni e delle malattie professionali, ma anche, data l'urgenza, a fornire un quadro oggettivo della situazione esistente, rilevando i fattori di rischio presenti, evidenti o sommersi che siano.

Il progetto-obiettivo di che trattasi è riportato nell'allegato 13 alla legge di piano.

65 – Il progetto-obiettivo « *tutela della procreazione responsabile, della salute della donna, della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva* » ha lo scopo di consentire il normale processo della maternità, dalle decisioni in ordine alla procreazione responsabile alla gravidanza in ambiente opportunamente protetto, nonché lo sviluppo del bambino nelle condizioni più favorevoli.

Gli obiettivi che il progetto si pone sono:

– riduzione della mortalità materna in gravidanza e da parto e infantile e del numero di handicappati in età infantile ai livelli delle regioni italiane del centro-nord, inferiori del 20% rispetto a quelli piemontesi;

– riduzione con tendenza a zero dei minori ricoverati negli istituti per motivi sociali;

– attivazione allo scopo in ogni distretto di un programma unificato di interventi che sostituisca le precedenti disorganiche attività consultoriali, di medicina scolastica ed altre, con l'obiettivo primario di rilevare ed abbattere i fattori di rischio esistenti nelle diverse situazioni territoriali.

Il progetto-obiettivo di che trattasi è riportato nell'allegato 12 alla legge di piano.

66 – Il progetto-obiettivo « *tutela sanitaria e socio-assistenziale delle persone anziane* » ha lo scopo di consentire una risposta globale e valida ai processi connessi con il progressivo e costante invecchiamento della popolazione, che producono l'espulsione sistematica degli anziani dalle attività produttive e sociali ed il ricorso elevato al loro ricovero in ospedali e case di riposo.

L'obiettivo principale che il progetto si pone è quello di costruire una rete di servizi e presidi che eviti all'anziano e alla sua famiglia di considerare il « ricovero qualsiasi » come unica e sola possibilità di risolvere i suoi problemi. Lo sviluppo delle attività domiciliari, l'organizzazione di comunità alloggio e case protette, l'istituzione in tutti gli ospedali generali unici di servizi di recupero e riabilitazione funzionale operanti anche a livello di base sono iniziative atte a permettere agli anziani oggi ricoverati in ospedali ed in istituti di non seguire quella strada obbligata, consentendo loro di rimanere nell'àmbito nel quale hanno vissuto le esperienze produttive, sociali e familiari, che costituiscono la sostanza del loro patrimonio ideale.

Il progetto-obiettivo di che trattasi è riportato nell'allegato 14 alla legge di piano.

67 – Le scadenze contenute nei tre progetti-obiettivo valgono come scadenze prioritarie per la redazione dei programmi zonali riguardanti i servizi di base ed il conseguente riordino dell'attività dei servizi stessi.

D – L'ATTIVAZIONE DEGLI STRUMENTI CONOSCITIVI

68 – Lo sviluppo di un sistema informativo regionale è dettato:

a) dall'obbligo di disporre di informazioni significative e aggiornate ai diversi livelli gestionali, al fine di programmare, finanziare e controllare lo sviluppo del sistema socio-sanitario per rispondere ai bisogni reali, nel limite delle risorse disponibili;

b) dalla necessità di offrire agli amministratori, agli operatori, alle forze sociali, ai soggetti della partecipazione, agli studiosi ed agli organi e strumenti della pubblica opinione, elementi informativi a fini di educazione sanitaria, di valutazione e di controllo democratico;

c) dall'esigenza particolare di questo primo triennio di controllare i processi di trasformazione.

69 – I principali strumenti conoscitivi da attuare sono:
– il servizio informativo sanitario;
– la programmazione di bilancio.

Compiti principali del servizio informativo sanitario sono:

a) la conoscenza dello stato di salute della popolazione piemontese;

b) il controllo delle attività che si svolgono nell'àmbito del sistema socio-sanitario;

c) il controllo della rispondenza delle attività svolte agli scopi prefissati e all'uso ottimale delle risorse.

70 – Entro il 1° semestre dell'anno 1982 dovranno essere redatti, sulla base dei criteri del presente piano:
– la progettazione completa dei flussi del sistema informativo e della modulistica relativa;
– il piano biennale di realizzazione delle strutture necessarie alla gestione del sistema informativo con scadenza al 1983.

Entro la stessa data si dovrà prevedere l'entrata in funzione dei flussi gestionali indispensabili.

71 – La programmazione di bilancio si pone gli obiettivi di:

a) procedere alla riclassificazione economico-funzionale per programmi dei fatti finanziari, al fine di consentire agli amministratori di assumere decisioni razionali e coerenti con gli obiettivi di piano;

b) rendere comprensibili e trasparenti i processi decisori di allocazione delle risorse e di erogazione delle spese;

c) controllare i fatti gestionali non tanto in termini giuridico-contabili, ma soprattutto per la verifica alla attivazione di programmi e della efficienza ed efficacia delle attività svolte.

72 – Entro il 1° semestre 1982 dovranno essere determinati gli indicatori per la valutazione dell'attuazione dei tre progetti-obiettivo.

Entro il 1982 si dovranno determinare gli indicatori per la valutazione dell'applicazione globale del piano.

E – LA GESTIONE DELLE CONVENZIONI IN SEDE REGIONALE

73 – La compresenza nei servizi sanitari di personale dipendente e convenzionato, nonché l'esigenza di garantire un corretto rapporto tra settore pubblico e settore privato, sia in sanità che in assistenza, rende necessaria la regolamentazione dei rapporti anzidetti mediante la stipula di convenzioni.

74 – Le convenzioni sono regolamentate dalla legge n. 833/78 e dagli atti legislativi ed amministrativi conseguenti a tale legge. L'applicazione in sede regionale deve essere tuttavia rispondente, di regola, ai criteri del presente piano ed in particolare:
– le eventuali nuove convenzioni sono stipulabili dalle U.S.L. solo dopo l'approvazione del programma zonale;
– le convenzioni devono assicurare preminenza al settore pubblico;
– le convenzioni hanno carattere temporaneo e non possono mai avere durata superiore alla validità del piano in vigore alla stipula;
– le strutture convenzionate devono essere rigorosamente distinte dalle strutture in regime esclusivamente privatistico;
– i requisiti delle prestazioni delle strutture convenzionate devono rispondere ai criteri di piano previsti per le corrispondenti attività pubbliche.

Le convenzioni con le case di cura private sono bloccate ad un totale di 4000 letti fino alla data del 31-12-1982. Obiettivo in ordine alle convenzioni con le case di cura private è quello di ricondurre il numero dei letti a non più del 10% sul totale dei letti pubblici e convenzionati.

Entro il 1982 le U.S.L. nelle quali operano strutture convenzionate, avanzeranno proposte in ordine al mantenimento o meno delle convenzioni in atto o alla modifica dei loro oggetti, al fine di poter definire i livelli di convenzionamento nell'anno 1983 e seguenti in relazione all'obiettivo generale di contenere la spedalizzazione.

Obiettivo per le convenzioni con gli specialisti esterni è la riduzione con tendenza a zero nei termini di validità del piano.

F – LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI OPERATORI

75 – La consapevolezza che non bastano provvedimenti legislativi, modificazioni organizzative o stanziamenti di fondi per attuare le riforme, ma che occorre sviluppare il concorso da parte dei cittadini utenti dei servizi e degli operatori degli stessi, rendono necessaria una profonda attenzione al ruolo del processo di partecipazione.

76 – Nei confronti dei cittadini utenti dei servizi, gli interventi vanno condotti particolarmente per:

a) svolgere iniziative di educazione sanitaria;

b) assicurare la più ampia divulgazione delle informazioni;

c) coinvolgere enti ed istituzioni che svolgono attività formative e culturali, nonché i mezzi informativi di massa;

d) stimolare la partecipazione dei cittadini alle scelte programmatiche, al dibattito sulle attività ed al controllo sociale sui risultati ottenuti;

e) promuovere ed agevolare, finalizzandola agli obiettivi, l'attività di volontariato.

77 – Nei confronti del personale dipendente gli interventi vanno condotti particolarmente per:

a) recuperare, gratificare e sviluppare la professionalità;

b) coinvolgere più strettamente il personale nei processi organizzativi;

c) dare soluzione graduale alla « mobilità », anche mediante opportune iniziative di riqualificazione;

d) adottare soluzioni organizzative che favoriscano il lavoro di gruppo e la collegialità delle scelte.

78 – Nei confronti del personale convenzionato gli interventi vanno condotti particolarmente per:

a) corresponsabilizzare gli operatori rispetto alla qualità delle prestazioni e alle risultanze economiche dei loro comportamenti;

b) sviluppare l'aggiornamento professionale obbligatorio;

c) approfondire la conoscenza del disegno strategico delle riforme e delle indicazioni del piano socio-sanitario triennale;

d) generalizzare codici di comportamento, concordati con le associazioni ordinistiche, sindacali e di categoria;

e) portare a conoscenza degli interessati e divulgare a livello di base i dati relativi alle attività distrettuali, onde stimolare il dibattito e la riflessione collettiva.

G – LA SPESA

79 – Il fondo sanitario regionale costituisce l'unica fonte di finanziamento per quanto riguarda la spesa sanitaria. La spesa assistenziale è invece formata dall'insieme delle risorse finanziarie a disposizione degli Enti Locali per questa destinazione, di origine statale, regionale o propria (redditi diretti e indiretti, ripiano di bilancio, ecc.).

80 – Il fondo sanitario regionale sarà suddiviso tra le U.S.L. sulla base di parametri definiti ai sensi della legge regionale 42/1981, tenendo conto degli obiettivi di piano, del fabbisogno reale e della spesa storica. Le quote finanziarie di competenza delle associazioni dei Comuni per la spesa assistenziale vengono distribuite fra le U.S.L. sulla base delle entrate di competenza dei Comuni appartenenti alle singole associazioni e sulla base della legge regionale di riparto.

La spesa del fondo sanitario regionale è soggetta ai seguenti vincoli inderogabili:

a) rispetto del tetto di spesa costituito dalla quota di fondo sanitario regionale assegnato all'U.S.L.; quindi non sono autorizzati finanziamenti della spesa sanitaria, diretti o indiretti e provenienti da qualsiasi fonte, eccedenti la quota suddetta;

b) divieto di utilizzare le risorse destinate alla riqualificazione straordinaria del personale per concedere in via surrettizia aumenti di retribuzione al personale o sussidi economici a persone non occupate;

c) obbligo di fornire trimestralmente il rendiconto delle spese, secondo modalità fissate con apposito atto di indirizzo e coordinamento, e di trasmettere a fine anno la relazione generale con allegato il conto consuntivo delle U.S.L.;

d) obbligo di attivare il sistema informativo sanitario e di comunicare i dati statistici, epidemiologici, organizzativi e finanziari necessari rispettivamente per le esigenze centrali e regionali di conoscenza, di analisi, di programmazione e di controllo.

La gestione delle risorse impiegate nel piano socio-sanitario regionale non può porsi solo l'obiettivo di mantenere il livello attuale dei servizi, ma anzi obiettivi fondamentali della gestione sono il miglioramento qualitativo dei livelli attuali dei servizi e l'aumento del rendimento della spesa. A questo scopo le risorse, reali e finanziarie, impiegate nel piano socio-sanitario regionale devono essere finalizzate al conseguimento degli obiettivi di piano e costantemente verificate sulla base di indicatori e controllate utilizzando la contabilità dei costi, l'analisi di bilancio e il controllo budgetario.

Per il periodo del primo piano triennale (1982-1984) per quanto riguarda la verifica dell'uso delle risorse si pone l'obiettivo di:

a) verificare gli indicatori di efficienza e di efficacia attualmente impiegati in campo sanitario ed assistenziale sulla base delle compatibilità con il sistema di programmazione e gestione individuato dalla legge 833/78, dal piano sanitario nazionale e dal piano socio-sanitario regionale;

b) individuare e definire un sistema integrato di indicatori, anche sulla base di nuovi parametri individuabili in sede di ricerca;

c) verificare e sperimentare le compatibilità del sistema così individuato nel contesto territoriale ed istituzionale della Regione Piemonte, con particolare riferimento al sistema informativo in atto e predisposto;

d) proporre, sperimentare e realizzare, entro e non oltre il 31-10-1983, il sistema integrato di indicatori socio-sanitari, necessario alla verifica complessiva ed annuale della programmazione socio-sanitaria della Regione Piemonte ai livelli comunali, di U.S.L. e regionali, sulla base del piano socio-sanitario regionale;

e) realizzare il controllo contabile delle risorse sulla base di un sistema basato sulla contabilità dei costi, l'analisi di bilancio ed il controllo budgetario.

La verifica ed il controllo delle risorse richiedono che fin dal primo anno del piano socio-sanitario regionale sia attuato il nuovo sistema contabile delle U.S.L., organizzato per funzioni, per programmi e per oggetti. Con legge regionale verrà stabilito il piano dei conti articolato per funzioni, per programmi e per oggetti.

Tabella 1

Funzioni di competenza del laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche: funzioni di base.

– Attività di prelievo eseguite in sede.

– Responsabilità e organizzazione degli eventuali punti di prelievo territoriali collegati, in ordine ai prelievi stessi, alla trasmissione dei campioni e dei referti.

Per quanto concerne le analisi eseguite per i reparti di degenza ospedalieri la responsabilità e l'organizzazione dei prelievi, della trasmissione dei campioni e del ritiro dei referti compete invece ai singoli reparti.

Chimica clinica

– Esecuzione delle seguenti analisi:

Acido idrossindolacetico (5HIAA)
Acido urico
Acido vanilmandelico
Aldolasi
Albumina (test qualitativo meconico)
Amilasi (AMS)
Ammoniaca
Bence Jones (proteinuria)
Bicarbonati
Bilirubinemia (totale e frazionati)
Bromosulftaleina (da eseguire solo in ambiente osped.)
Calcio
Calcoli (analisi)
Cloro
Colesterolo totale
Colesterolo HDL
Colinesterasi (CHE pseudo)
Colinesterasi (N° di Dibucaina)
Concentrazione (prova della)
Creatinina
Creatinina clearance
Creatinfosfochinasi (CPK)
Diluizione (prova della)
Elettroforesi proteine
Elettroforesi lipoproteine
Emoglobine AIa, AIb, AIc (o veloci)
Fenolsulfonftaleina (da eseguire solo in amb. osped.)
Essudati e trasudati (esame fisico-chimico) (1)
Feci (esame completo)
Ferro
Ferro capacità legante
Fosfatasi alcalina (ALP)
Fosfatasi acida (ACP)
Fosfatasi acida prostatica
Glucosio
Glucosio 6 fosfato deidrogenasi (G6PDH)
Gamma-glutammil transpeptidasi (GCT)
Alfa-idrossibutirratodeidrogenasi (α-HBDH)
Lattatodeidrogenasi (LDH)
Leucinamino-peptidasi (LAP)
Lipidi totali
Liquor cefalo-rachidiano (esame completo)
Magnesio
Mucoproteine
Potassio

Proteine totali
Rosso Congo (prova al)
Salicilati
Sangue occulto
Sperma (esame fisico-chimico - indici - indici di fertilità) (2)
Succo gastrico e duodenale
Transaminasi G. O. (AST)
Transaminasi G. P. (ALT)
Trigliceridi
Urea
Urea clearance
Urine (esame completo)
Xilosio (test assorbimento).

L'emogasanalisi è di norma di competenza dei servizi di ospedali dotati anche di terapie intensive e/o di specifici reparti o servizi pneumologici e/o di sezioni per neonati patologici.

Le attività, e le relative attrezzature di emogasanalisi possono essere consentite anche presso i servizi di laboratorio che non hanno tali caratteristiche solo nei casi in cui i reparti di medicina generale (per il loro prevalente interesse pneumologico), i reparti di chirurgia generale e di ginecologia (per il trattamento postoperatorio) ne ravvisino la particolare esigenza e ne facciano esplicita richiesta.

(1) Data la contestualità delle prove, di norma è di competenza delle funzioni di base anche l'esame morfologico. In caso di necessità questa componente può venire appoggiata sul servizio di anatomia e istologia patologica dell'ospedale di riferimento territorialmente competente.

(2) Negli ospedali in cui è presente anche il servizio di anatomia e istologia patologica di norma questo esame è di competenza di tale servizio.

Ematologia ed emocoagulazione

Cellule LE
Crioglobuline
Emazie falciformi
Emazie fetali
Emocrocitometria (completa di almeno 3 parametri derivanti)
Emoglobine anomale (elettroforesi e dosaggio per eluizione)
Fibrinogeno
Frammenti di degradazione fibrinogeno-fibrina (FDP)
Midollo osseo
Parassiti nel sangue
Piastrine
Punteggiati basofili
Resistenze globulari (test preliminare)
Resistenze globulari (curva)
Reticolociti
Retrazione di coagulo
Tempo di emorragia
Tempo di protrombina (PT)
Tempo di reptilase (TR)
Tempo di trombina (TT)
Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
Velocità di eritrosedimentazione.

Sono di normale pertinenza dei servizi immunotrasfusionali competenti per territorio, sia le indagini di approfondimento dei deficit congeniti e acquisti della coagulazione dello studio della patologia piastrinica; il monitoraggio dei farmaci anticoagulanti compete ad entrambi i servizi.

Per quanto concerne la determinazione del gruppo ABO e del fattore Rh i campioni relativi vengono inviati ogni giorno al servizio immunotrasfusionale territorialmente competente, il quale provvede poi a trasmettere tempestivamente i corrispondenti referti al servizio di laboratorio con funzioni di base.

Microbiologia e sieroimmunologia

Antibiogramma
Esame parassitologico (ricerca microscopica su materiali biologici umani)
Esame batteriologico colturale, in aerobiosi e anaerobiosi su materiali biologici umani

Dosaggio immunologico qualitativo e quantitativo di proteine:
- IgA, IgG, IgM
- Alfa-2-fetoproteina
- Alfa-2-macroglobulina
- Alfa-I-antipripsina
- Aptoglobina
- Ceruloplasmina
- Complemento
- Transferrina

Intradermoreazione di Casoni
Intradermoreazione alla tubercolina
Reazioni di precipitazione, di agglutinazione, di emoagglutinazione e di lisi:
- Anticorpi antistreptococco (indotti da antigeni cellulari ed extracellulari)
- Anticorpi antirosolia
- Reazione di Paul-Bunnel e Davidson
- Reazione TPHA
- Reazione di emoagglutinazione per artrite reumatoide
- Reazione di Widal-Wright

Reazioni immunologiche qualitative e quantitative rapide:
- VDRL
- Proteina C reattiva
- Test al lattice per artrite reumatoide
- Test immunologico di gravidanza
- Test su vetrino per mononucleosi
- Test al lattice per anticorpi antitiroidei
- L. E. test

Ricerca microscopica per batteri e miceti
Ricerca microscopica per micobatteri
Urinocultura con determinazione della carica batterica
Urine: conteggio leucocitario.

Tabella 2

Rendimento orario delle attività di consulenza specialistica

Primi elementi

Analizzare partitamente per ogni specialità lo svolgersi della prestazione dell'operatore costituisce operazione indispensabile per trarre indicazioni circa il rendimento orario e fornire così lo strumento indispensabile per un dimensionamento dei relativi servizi, tale da assicurare la sufficienza assistenziale rispondendo alle specifiche richieste che provengono dal territorio.

Tale metodologia non costituisce esercitazione inutile. È vero, infatti, che parametri circa la media oraria di prestazione per ciascuna branca specialistica, sono desumibili dalle fonti mutualistiche, tuttavia, il riferimento a detti parametri non può tramutarsi acriticamente e senza un approfondimento in una nuova indicazione parametrica da assumere come criterio di piano regionale dei servizi socio-sanitari.

La considerazione risolutiva che porta a tenere i dati mutualistici come largamente indicativi e a rivolgersi, cioè, ad una analisi obiettiva della prestazione sta nella diversità del modo di operare che si richiede ai servizi integrativi di quelli di base rispetto alla operatività attuale dei presìdi a diretta gestione mutualistica.

I dati statistici mutualistici tradiscono una diversa impostazione culturale e organizzativa del servizio sanitario, poiché l'accesso allo specialista è lasciato ancor oggi alla volontà non guidata dell'utente, supplendo lo specialista

alle carenze, vere o presunte, del medico di base.

Analogo discorso può essere fatto per i parametri indicati nell'allegato F dell'accordo nazionale per i rapporti fra gli enti mutualistici e i medici ambulatoriali.

L'analisi dello svolgimento della prestazione verrà condotta tenendo presente:

– l'ambiente mediamente attrezzato in cui la prestazione si svolge, tanto in termini di strutture edilizie, che di strumentazione sussidiaria, ma necessaria, che, infine, di personale infermieristico;

– il tipo di consultazione « media » che racchiude non solo le operazioni semeiologiche fisiche bensì anche quelle strumentali;

– un arco « medio » di impegno orario di 3 ore giornaliere, tale cioè da evitare i fenomeni legati all'affaticamento e quindi alla minor resa qualitativa e quantitativa;

– una distinzione tra attività diagnostica ed attività terapeutica: la prima più omogenea nelle sue espressioni operative, la seconda non tipizzabile se non per grandi gruppi;

– possibilità organizzative – quali sistema di prenotazione, esami preliminari, ecc. – attuabili senza impegni notevoli o evidenti di spesa.

1. *Cardioangiologia*

Tempo medio di esecuzione di una visita: 20′ = 3 visite/ora.

La media oraria può essere più elevata (4 visite/ora) nella previsione di visite consultive di controllo e aggiustamento di terapia, in quanto vengono abbreviati i tempi di anamnesi.

2. *Chirurgia generale*

Tempo medio di esecuzione di una visita: 15′ = 4 visite/ora.

Tempo medio per le prestazioni di piccola chirurgia espletabili in un'ora: 9′-10′ = 6-7 visite/ora.

Si sottolinea peraltro come per una non trascurabile quota siffatte attività richiedono un impegno di tempo minimo da parte dell'operatore medico, che dovrà dare solo istruzioni al personale infermieristico.

3. *Dermatologia*

Tempo medio di esecuzione di una visita: 15′ = 4 visite/ora.

Trattandosi di attività che richiede visite ripetute il valore predetto è valido per la prima visita, mentre le successive richiedono un tempo minore.

Considerato relativamente alto il numero di prestazioni cliniche successive, si ritiene che la media oraria di prestazioni possa attestarsi su 6-7 prestazioni/ora.

4. *Neurologia*

Tempo medio per l'esecuzione di una visita: 30′ = 2 visite/ora.

Trattandosi di attività che richiede visite ripetute il valore predetto è valido per la prima visita, mentre le successive richiedono tempo minore, essendo l'anamnesi già acquisita, anche se permangono necessità di un controllo obiettivo sulla evoluzione dei sintomi di maggior rilievo.

Pertanto il rendimento orario può essere portato a 3 visite/ora.

5. *Oculistica*

Poiché buona parte della patologia, specie infiammatoria, degli annessi oculari dovrebbe essere considerata dal medico di base, pur non escludendo il ricorso alla consultazione specialistica, si ritiene che, aumentando i casi di patologia complessa o comunque più impegnativa, il tempo medio di visita oculistica consultiva debba fissarsi in 15′ = 4 visite/ora.

Considerato che alcune prestazioni assumeranno valore di controllo e di cura o di evoluzione (cataratta, glaucomi, ecc.) si ritiene che la media oraria di prestazione oculistica ambulatoriale possa attestarsi sulle 5 visite/ora.

6. *Odontoiatria*

Riesce non agevole analizzare le prestazioni in ragione della variabilità dei casi clinici.

Tuttavia, utilizzando accorgimenti organizzativi intesi a snellire le operazioni (doppia poltrona, riuniti odontoiatrici completi di radiografia, rapido sviluppo dei radiogrammi dentari, ecc.) si ritiene che ogni prestazione mediamente possa espletarsi in 10 minuti primi e che il rendimento orario sia quindi di 6 prestazioni/ora.

7. *Ortopedia*

Prevedendo accorgimenti organizzativi che riducono il tempo di sosta dell'utente nella sala visita alle sole attività anamnestiche semeiologiche, si ritiene che la prestazione di visita consultiva ortopedica comporti un tempo di circa 15′ = 4 visite/ora.

Considerata la necessità di ulteriori visite consultive sullo stesso soggetto per la definizione diagnostica o l'aggiustamento terapeutico, si ritiene che la media di prestazioni ortopediche possa essere di 5-6 visite/ora.

Restano escluse dal computo le prestazioni di terapia conservativa ortopedica mediante applicazione di contenzioni gessate.

8. *Otorinolaringoiatria*

Tempo medio previsto per una visita 10′ = 6 visite/ora.

Poiché sono prevedibili prestazioni successive per lo stesso caso il rendimento orario può elevarsi a 7 visite/ora.

9. *Pneumologia*

Tempo medio previsto per una visita: 20′ = 3 visite/ora.

Poiché sono prevedibili prestazioni consultive successive per lo stesso caso (per la definizione diagnostica o per l'aggiustamento terapeutico) si può ritenere attendibile un rendimento di 4 visite/ora.

10. *Radiologia*

Punto di partenza è il tempo necessario per la successione delle attività: anamnesi; controllo del paziente; esecuzione dell'esame.

Poiché il carico di esami radiografici delle ossa e torace (denti esclusi) è certamente superiore al carico degli esami contrastografici per os, questi ultimi più impegnativi in termini di tempo e di impegno clinico, strutturato mediamente il servizio (tempo dei tecnici doppio rispetto al tempo dei medici radiologi), si ritiene una resa di 4 esami radiografici/ora elevabili a 5 con il raddoppio delle dotazioni.

11. *Riabilitazione*

Si ritiene che le prestazioni previste richiedono mediamente 40′ = 1,5 prestazioni/ora. Tuttavia, prevedendosi la necessità di controlli nel corso della riabilitazione si ritiene che il rendimento del servizio possa attestarsi in 2-3 prestazioni di visita consultiva per ora. Tali previsioni si riferiscono all'attività del medico.

Per quanto riguarda, invece, i terapisti della riabilitazione si può ipotizzare:

– attività riabilitatorie individuali: 10′-20′ per paziente = 3-6 pazienti/ora;

– attività riabilitatorie di gruppo per 3-4 pazienti: 15′-30′ per seduta = 6-12 pazienti/ora.

Tabella 3

Elementi di ragione per il dimensionamento del poliambulatorio

specialità	*prestaz. annue per 1000 ab.*	*prestaz. rese in 1 ora*	*ore/annue attività x 1000 ab.*	*popolaz./servib. in 6 h sett.* (a)	*ore sett. nec. x serv. 30.000 ab.*	*popolaz. servib. in 10 h sett.*(b)	*ore sett. nec. x serv. 35.000 ab.*
dermosifilopatia	75	6	12,50	23.680	7,60	39.520	8,86
neurologia	45	3	15,00	19.733	9,11	32.933	10.63
pneumologia	60	4	15,00	19.733	9,11	32.933	10,63
cardio-angiologia	70	4	17,50	16.915	10,63	28.229	12,40
ortopedia	90	5	18,00	16.444	10,93	27.444	12,75
otorinolaringoiatria	115	6	19,17	15.441	11,64	25.769	13,58
oculistica	100	5	20,00	14.800	12,14	24.700	14,17
riabilitazione (medico)	40	2	20,00	14.800	12,14	24.700	14,17
chirurgia generale	110	5	22,00	13.455	13,36	22.455	15,59
odontoiatria	200	6	33,33	8.881	20,24	14.820	23,61
riabilitazione (terap.)	200	6	33,33	8.881	20,24	14.820	23,61
radiologia	200	4	50,60	23.720 (c)	30,36	23.720 (c)	35,43
	1.305	3,47 (d)	375,83	—	167,50	—	195,43

(a) con una previsione di 296 ore lavorative/anno, calcolate con 6 ore settimanali per 52 settimane meno 5 % per eventuali inattività;

(b) con una previsione di 494 ore lavorative/anno, calcolate con 10 ore settimanali per 52 settimane meno 5 % per eventuali inattività;

(c) con una previsione di 1.186 ore lavorative/anno, calcolate con 24 ore settimanali per 52 settimane meno 5% per eventuali inattività;

(d) $\frac{\text{prest.}}{\text{ore}} \times 1.000 = 1.305 : 375{,}83 = 3{,}47.$

Tabella 4

Ore settimanali orientative di attività in poliambulatorio a servizio di meno 30.000 abitanti

specialità	*per 25.000 abitanti*	*per 20.000 abitanti*	*per 15.000 abitanti*	*per 10.000 abitanti*
dermosifilopatia	6,33	5,06	3,80	2,53
neurologia	7,59	6,07	4,55	3,04
pneumologia	7,59	6,07	4,55	3,04
cardio-angiologia	8,86	7,09	5,31	3,24
ortopedia	9,11	7,29	5,47	3,64
otorinolaringoiatria	9,70	7,76	5,82	3,88
oculistica	10,12	8,10	6,07	4,05
riabilitazione (medico)	10,12	8,10	6,07	4,05
chirurgia generale	11,13	8,91	6,68	4,45
odontoiatria	16,87	13,49	10,12	6,75
riabilitaz. (terapista)	16,87	13,49	10,12	6,75
radiologia	25,30	20,24 (a)	15,18 (a)	10,12 (a)
	139,59	111,67	83,74	55,14

specialità escluse anche abbassando la norma a 4 ore settimanali.

specialità escluse anche abbassando la norma a 6 ore settimanali.

specialità ricomprese nella norma delle 6 ore settimanali.

(a) per la radiografia non è comunque prevedibile un orario settimanale inferiore alle ore 24.

Tabella 5

La tabella n. 5, che doveva riepilogare l'attribuzione dei poliambulatori alle U.S.L., è stata assorbita dall'allegato n. 28 alla legge di piano.

Tabella 6

Zone e loro popolazione, previsione delle zone con popolazione inferiore a 50.000 abitanti, eventuali motivi di deroga al fine di poter disporre di un ospedale generale unico, zone oggi prive di ospedale generale, zone nelle quali il piano prevede un ospedale generale unico e motivi della non previsione.

comprensorio	*zone*	*popolazione*	*zone infer. a 50.000 abitanti*	*esistenza event. motivi di deroga*	*possibilità di prev. osp. gen. unico*	*zone oggi prive di stab. osped.*	*possibilità di prev. osp. gen. unico*
	1 ÷ 23	1.199.348			x		x
	24	77.287			x	x	(a)
	25	53.368			x		x
	26	58.611			x		x
	27	72.013			x		x
	28	66.728			x	x	(a)
	29	30.309	x			x	(b)
	30	78.448			x		x
	31	43.832	x	D			x
	32	76.268			x		x
	33	63.125			x	x	(a)
	34	70.438			x		x
	35	19.125	x	D			x
	36	76.101			x		x
	37	27.474	x	A	x		x
	38	60.104			x		x
	39	72.468			x		x
2	40	96.236			x		x
	41	34.428	x			x	(b)
3	42	23.200	x	A	x		x
	43	21.256	x				x
	44	80.646			x		x
4	45	82.630			x		x
	46	37.671	x	D			x
5	47	127.817			x		x
	48	67.966			x		(c)
6	49	50.218			x		x
	50	33.340	x	C	x		x
	51	130.438			x		x
	52	49.082	x	B	x		x
	53	59.315			x		x
	54	61.108			x		x
8	55	73.642			x		x
	56	73.105			x		x
	57	43.460	x	C	x		x
9	58	69.420			x		x
	59	35.163	x	A	x	x	(c)
	60	42.137	x	A	x		(c)
10	61	47.620	x	B	x		x
	62	33.645	x	D			x
	63	77.013			x		x
11	64	52.532			x		x
	65	96.362			x		x
12	66	62.832			x		x
	67	29.323	x	A	x		x
13	68	146.795			x		x
	69	61.656			x		x
14	70	140.004			x		x
	71	30.887	x	D			x
	72	69.627			x		x
	73	77.217			x		x
	74	27.753	x	D			x
	75	48.667	x	B	x		x
15	76	102.633			x		x

Motivi di deroga:

A = motivi ambientali: densità territoriale dell'U.L.S. inferiore a 50 ab/Kmq. ed oltre il 50 % di popolazione dell'U.S.L. residente a 500 metri ed oltre sul livello del mare.

B = esistenza di tassi di spedalizzazione molto più elevati di quelli medi regionali, in dipendenza di un maggiore peso specifico della popolazione anziana.

C = infrastrutture contribuenti a frenare i fenomeni di pianurizzazione.

D = ospedale esistente che garantisce specialità al territorio.

(a) situazioni di rete non rendono indispensabile un presidio specifico;

(b) popolazione al di sotto di 50.000 abitanti - non esistono motivi di deroga;

(c) eventuale localizzazione troppo a ridosso di altro ospedale generale unico.

Tabella 7

La tabella n. 7, che doveva riepilogare l'attribuzione dei reparti e servizi ospedalieri – non ricompresi nel paragrafo 27 dell'allegato 1 – alle U.S.L., è stata assorbita dall'allegato n. 28 alla legge di piano.

Tabella 8

Funzioni di competenza del laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche: funzioni di supporto

Chimica clinica

Acidi biliari
Acido delta aminolevulinico (ALA)
Acido ippurico
Acido tricloracetico
Adrenalina e noradrenalina
Alcool etilico
Aminoacidi totali
Antigene carcino embrionale (CEA)
Catecolamine
17 chetosteroidi totali
11-ossi-17-idrossi corticosteroidi
Cortisolo
Digoxina
Gastrina
Glucagone
Gonadotropine-corioniche (dosaggio quantitativo)
Insulina
Latte muliebre
Tiroxina
Triodotironina.

Ematologia ed emocoagulazione

Metaemoglobina e carbossiemoglobina
Piruvato chinasi (PK)
Ricerche citochimiche su elementi ematici.

Microbiologia e sieroimmunologia

Determinazione della concentrazione minima inibente (CMI)
Dosaggio dei chemioantibiotici nei liquidi biologici
Dosaggio delle proteine plasmatiche in nefelometria o altra tecnica immunologica
Identificazione in immunofluorescenza di microorganismi patogeni
Immunoelettroforesi sierica e urinaria
Determinazione in immunofluorescenza di anticorpi antinucleo, antiorgano e antitessuto
Reazioni di fissazione del complemento
Reazione di Wil-Felix
Ricerca colturale miceti
Ricerche allergologiche.

Tabella 9

Funzioni di competenza del laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche: funzioni in rete di riferimento regionale

1) Screenings neonatali per malattie dismetaboliche da carenze lisosomiali e ipotiroidismi congeniti.

2) Monitoraggio dei farmaci antiepilettici.

3) Particolari analisi ormonali ed esami non frequenti:
- 17 chetosteroidi frazionati
- estriolo
- estradiolo e assimilati
- follicolostimolatore (FSH)
- luteinizzante
- muramidasi (lisozima)
- paratormone
- pregnandiolo
- pregnantriolo
- progesterone
- prolattina
- prolina-idrossi
- prostaglandine
- renina
- somatotropina lattogeno placentare (HPL)
- somatotropo (GH)
- testosterone
- tireotropo (TSH)
- Vit. B_{12}

4) Tossicologia: con il compito di laboratorio di riferimento per tutti i problemi tossicologici compreso il dosaggio di farmaci che creano tossico-dipendenze.

5) Biocompatibilità.

Risulta inoltre opportuno che le seguenti funzioni vengano affidate a singoli servizi di laboratorio, possibilmente collocati presso ospedali generali dotati anche di funzioni specializzate tradizionalmente esercitate, oppure a specifici Istituti universitari:

a) esecuzione di antibiogrammi per micobatteri;

b) tests di immobilizzazione treponemica (Nelson); tests cutanei di sensibilizzazione ritardata;

c) determinazione della concentrazione minima batterica (CMB); preparazione di autovaccini; tipizzazione batterica;

d) toxoplasmosi (Dye-test; fissazione del complemento; immunofluorescenza).

Tabella 10

Attività medico-legali espletabili dal medico e dal pediatra di base

1) Denuncia malattie infettive e contagiose.
2) Denuncia delle vaccinazioni obbligatorie.
3) Denuncia vaccinazioni obbligatorie per alcune categorie di lavoratori.
4) Rapporto dell'Autorità Giudiziaria per i delitti perseguibili d'ufficio.
5) Certificazione di malattia per inabilità al lavoro per l'indennità di malattia.
6) Certificati dello stato di gravidanza per l'indennità economica.
7) Certificati di guarigione e di idoneità alla ripresa lavorativa.
8) Certificato di assistenza al parto.
9) Certificato di malattia dell'infanzia per l'assenza dal lavoro del genitore.
10) Certificato di malattia per gli scolari.
11) Certificato di guarigione per la ripresa della frequenza scolastica.
12) Certificato di sana e robusta costituzione.
13) Denuncia di infortuni e malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura.
14) Certificazione di inabilità temporanea per gli infortuni e le malattie professionali.
15) Certificato di guarigione da infortuni e malattie professionali.
17) Relazione clinica per pensione di invalidità, assegni familiari per figli inabili, fratelli inabili a carico, genitori invalidi, pensione di reversibilità per invalidi.

18) Certificato di recuperata capacità lavorativa per lavoratore ammalato rimasto disoccupato per l'indennità.

19) Certificati di malattia per militari in licenza.

20) Certificati per l'interruzione volontaria della gravidanza.

21) Certificazioni di lesioni personali.

23) Denuncia delle cause di morte.

24) Segnalazioni dei tossico-dipendenti.

25) Denuncia degli infanti deformi.

26) Denuncia dei neonati immaturi.

27) Denuncia delle lesioni invalidanti.

28) Denuncia delle malattie di interesse sociale.

29) Denuncia di intossicazione da anticrittogamici.

30) Denuncia delle malattie veneree.

31) Denuncia delle nascite.

32) Dichiarazione di morte.

33) Esami esterni del cadavere con constatazione del decesso.

34) Visita con rilascio del libretto di lavoro.

35) Certificazione con visita periodica nei lavoratori esposti a rischi particolari nell'industria e nell'agricoltura.

36) Certificazioni per la pensione di invalidità civile.

37) Certificazione per cure termali e climatiche.

38) Certificazione per elettori impediti.

39) Certificazione di recuperata idoneità lavorativa per alimentaristi.

Allegato n. 2 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

ATTIVAZIONE DEI DISTRETTI DI BASE

1. CRITERI INNOVATORI NEI SERVIZI DI BASE

La scelta qualificante della legge n. 833 è quella della ricomposizione unitaria – al livello territoriale individuato dal distretto – delle diverse attività oggi settoriali, necessaria per ricondurre ad unità sostanziale i momenti della prevenzione, della diagnosi e della cura.

Questo orientamento unitario evita il rischio di rigide caratterizzazioni settoriali dei servizi, conservando però i necessari spazi alla competenza professionale ed alla specializzazione degli operatori. Questi trovano, anzi, la possibilità di esercitare le proprie competenze specifiche nel concreto delle attività, soprattutto quando si attuino metodi più gratificanti di lavoro interdisciplinare e di interventi coordinati.

La ricomposizione unitaria delle attività permette una sostanziale rivalutazione e valorizzazione del ruolo del personale di base, recuperando personale dipendente da Enti disciolti o da servizi pubblici comunque modificati nelle competenze ed utilizzando correttamente il personale convenzionato.

L'attuazione della legge 833 consente di perseguire questo obiettivo attraverso modalità convergenti, seppur tra loro diverse:

a) il modello di servizi di base indicato nell'allegato 1;

b) la suddivisione del territorio in distretti;

c) la dotazione dei distretti del necessario personale in pianta organica;

d) l'attuazione delle convenzioni uniche per la medicina generica e per la pediatrica che consentono di sviluppare una più equilibrata distribuzione sul territorio di medici generici e di pediatri, che già svolgono come compito d'istituto attività di prevenzione e di sanità pubblica, accentuando il processo di integrazione di tutto il personale operante nei servizi di base e avviando forme di lavoro coordinato, interdisciplinare e multiprofessionale; realizzando così una più qualificata modalità di lavoro per rispondere ai bisogni primari di tutela della salute della popolazione locale.

Lo sviluppo a livello di base di attività coordinate ed organiche di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione può determinare una consistente diminuzione di prestazioni farmaceutiche, diagnostico-strumentali, specialistiche ed ospedaliere.

La misurazione degli effetti nelle quattro dimensioni suddette va considerato come elemento non trascurabile di verifica dell'avvenuta attuazione di una efficace organizzazione dei servizi di base.

L'assistenza di base non è solo un fatto sanitario e non è sempre facile definire dove il bisogno sanitario finisce e dove altri tipi di bisogno sociali hanno inizio, siano essi assistenziali, economici e culturali.

La sede propria per l'integrazione tra le diverse funzioni – in primo luogo tra quelle sanitarie e quelle socio-assistenziali – è appunto il distretto, soprattutto per il fatto che in questo ambito territoriale tende a svolgersi la maggior parte delle attività socio-assistenziali.

2. ACCESSO AI SERVIZI ATTRAVERSO I DISTRETTI

È stato prima detto che l'utente va indirizzato ai vari livelli cui dovrà ricevere le prestazioni che gli sono necessarie e che tale funzione organizzativa deve avvenire:

1) al livello territoriale a lui più vicino e prossimo: il *distretto* socio-sanitario di base;

2) con modalità esecutive di natura semplice e facilmente assimilabili da qualunque posizione culturale;

3) senza che la complessività tecnologica della prestazione e del livello di presidio cui essa deve o può svolgersi modifichi in alcun modo sia il livello territoriale di richiesta (punto 1) sia le modalità esecutive di svolgimento della richiesta stessa (punto 2).

Presso il distretto devono essere assolte quindi le funzioni di:

– facilitare al massimo le operazioni di accesso e trasferimento dell'utente ai vari livelli di servizio;

– controllare in partenza gli accessi ai vari servizi anche attraverso un efficace ed efficiente sistema di prenotazioni;

– seguire l'utente durante tutte le erogazioni di prestazioni che direttamente lo riguardano attraverso richieste iniziali mirate e sistemi informativi adeguati;

– controllare i rientri degli utenti ai rispettivi ambiti territoriali predisponendo tutti gli interventi terapeutici ambulatoriali e domiciliari necessari.

Tutto questo complesso di funzioni in realtà si traduce in tre sistemi di operazioni che così possono sintetizzarsi:

a) organizzazione della richiesta iniziale di prestazione (primo rapporto con l'équipe di base);

b) organizzazione di richiesta secondaria di prestazione (rapporto con équipe di base e prenotazione presso altri livelli di servizio);

c) organizzazione di ricevimento dell'utente a ciclo di prestazioni effettuato (rapporto con équipe di base ed eventuali prenotazioni di attività domiciliari).

I presupposti fondamentali per la buona riuscita dei sistemi di operazioni elencati risiedono:

– nella adozione di modulari semplici ed a sistema uniforme con possibilità di riduzione al minimo indispensabile degli spazi di compilazione riservati all'utente (generalità e n. di posizione);

– nel costante collegamento e rapporto con l'équipe di base ed in particolare con l'operatore che ha in carico l'utente in tutte le varie fasi di assistenza e prestazione;

– nell'efficiente collegamento con altri presidi, appartenenti a livelli territoriali diversi, tale da poter fornire tempestivamente all'utente la data dell'avvenuta prenotazione di visita specialistica o di altro accertamento diagnostico o di ricovero in presidio ospedaliero o ancora di trattamento terapeutico specifico, etc.;

– nell'efficiente sistema informativo e di archiviazione dati, tale da poter essere di rapida consultazione ed altrettanto rapido aggiornamento, etc.;

3. ASPETTI ORGANIZZATIVI DEL DISTRETTO

Vale la pena di richiamare gli elementi guida che la legge 833 pone alla base della organizzazione delle attività distrettuali:

– unitarietà e globalità, integrazione con il sociale;

– massima autonomia tecnico-funzionale, interdisciplinarietà e coordinamento;

– lavoro di gruppo e riflessione comune sul lavoro compiuto e sui programmi futuri;

– osservazione epidemiologica mirata e rilevazione dei bisogni.

Da qui emergono indicazioni che portano a dare sistematicità ed assetto organizzativo ben definito alle attività del distretto, senza peraltro creare strutture centralizzate o accentrate, che ripropongano sezioni mutualistiche o centri di vecchia istituzione.

Schematicamente si possono individuare nel funzionamento complessivo del distretto socio-sanitario di base tre momenti o tre aspetti: gestionale, di documentazione, amministrativo (o meglio di segreteria) i cui contenuti permettono di individuare il modello di funzionamento e gli aspetti organizzativi del distretto stesso.

Sotto il profilo strettamente gestionale i problemi riguardano:

a) la organizzazione del lavoro: orari, turni;

b) la gestione del personale: assenze, sostituzioni, ferie;

c) l'organizzazione funzionale: coordinamento delle varie attività, verifica e valutazione, analisi epidemiologica e programmazione;

d) la gestione dei materiali di consumo e di quelli in dotazione: richiesta, scarico e distribuzione.

Sotto il profilo della documentazione vanno organizzati, nel più scrupoloso rispetto del segreto professionale e di ufficio, i materiali di vario genere:

a) lo schedario della popolazione, da impostare sullo schedario anagrafico, integrato con pochi dati: distretto di residenza, medico scelto, fascia di rischio, ecc.;

b) la cartella sanitaria dei residenti e dei presenti, iscritti negli elenchi della generica e della pediatrica;

c) il libretto sanitario individuale e di rischio;

d) la documentazione per la raccolta di dati da inoltrare alla U.S.L. od al livello regionale.

Sotto il profilo strettamente amministrativo-burocratico debbono essere espletate una serie di attività che possiamo così elencare:

a) rapporti con i servizi integrativi: prenotazione, smistamento, organizzazione degli accessi, ricezione delle informazioni in uscita, gestione della dispensarizzazione, ecc.;

b) l'organizzazione delle attività preventive programmate: progetti speciali, vaccinazioni, dispensarizzazione;

c) il ricevimento delle chiamate;

d) l'organizzazione delle attività domiciliari;

e) l'organizzazione delle attività del personale non residente;

f) rapporti con la guardia medica;

g) la raccolta dei dati epidemiologici: su programmi speciali e di routine (farmaci, statistiche correnti).

Dal punto di vista organizzativo pertanto si individuano tre gruppi di funzioni:

– organizzazione tecnica del servizio;

– organizzazione della documentazione;

– organizzazione di segreteria.

Sotto il profilo tecnico le competenze sono del complesso degli operatori, che in forma coordinata – da prevedere obbligatoriamente e con cadenze stabilite – dirigono l'insieme delle attività, effettuano la valutazione di efficienza del servizio, promuovono le elaborazioni e le indagini epidemiologiche e programmano il complesso delle attività. Questo lavoro collettivo (che è diverso da quello del lavoro di gruppo o dalla interdisciplinarietà, che dovranno essere messi in essere nello svolgersi delle attività correnti) deve in qualche modo essere organizzato e messo in condizione di svolgersi regolarmente. È necessario pertanto prevedere una forma di coordinamento, di lavoro di convocazione, di predisposizione degli ordini del giorno o di documenti preparatori, funzione che deve essere assolta da uno degli operatori, scelto secondo le prescrizioni della L. 22-5-1980, n. 60, art. 12.

Occorre evitare il rischio tuttavia di considerare il coordinatore come dirigente di distretto, con il pericolo di dare al distretto stesso una rigida strutturazione che agirebbe in senso accentrativo e non centrifugo, come invece si vorrebbe.

Per quanto concerne la organizzazione del settore informazione e documentazione, bisogna tener conto di quanto previsto dal progetto di costruzione del sistema informativo regionale, di cui la sanità e l'assistenza sono parte, al fine di individuare i nodi informativi del sistema, la collocazione del supervisore, la collocazione degli archivi cartacei e di quelli dinamici, la o le sedi dei depositi, i flussi e via dicendo.

Al di là di queste scelte, è comunque necessario prevedere uno schedario complessivo della popolazione servita, possibilmente collocato in sede unica, come raccordo delle anagrafi comunali, più raccoglitori di cartelle sanitarie individuali (uno per ogni ambulatorio o sede di servizio), una sede unitaria per la ricezione delle informazioni in entrata e dei referti ed interventi eseguiti da operatori e servizi non residenti.

I documenti individuali saranno distribuiti negli ambulatori e servizi decentrati.

Per quanto si riferisce alla organizzazione delle attività amministrative (o di segreteria), è necessario prevedere la disponibilità di una o due persone, che possano assolvere, in modo unitario e per tutto il distretto, alle varie funzioni individuate.

Nel mentre, ad eccezione dei grossi agglomerati, si è sempre rifiutata la concentrazione delle attività tecniche, che debbono appunto essere portate in seno alla popolazione con il massimo decentramento in strutture periferizzate, per le funzioni di tipo burocratico sembra opportuno individuare un luogo unitario di collocazione del detto personale presso una delle sedi in cui sono prestate le attività tecniche.

Per queste funzioni sarebbe opportuno non utilizzare – come purtroppo tuttora accade – personale tecnico, bensì operatori amministrativi, da recuperare all'interno degli Enti disciolti. Ciò consentirebbe una razionale utilizzazione di questo personale ed un recupero importante in ordine di tempo e di prestazioni di personale sanitario, sociale o tecnico, prima adibito a pure mansioni di segreteria.

A maggior chiarimento di quanto esposto si allega il quadro riepilogativo della gestione del distretto.

Gestione di distretto

	burocratico-amministrative	*sanitarie ed assistenziali*	*di informazione e documentazione*
Attività	*Gestione materiali* di consumo e in dotazione *Segretario* – prenotazioni – chiamate – organizzazione accessi – distribuzione dati – informazioni – tenuta schedario *Organizzazione del lavoro* orari turni rapporti con la guardia medica uso locali *Gestione del personale* assenze, rimpiazzi sostituzioni organizzazione personale non residente	programmazione del lavoro gestione programmi – normali – speciali verifica e valutazione analisi epidemiologiche – normali – speciali	schedario della popolazione cartelle individuali libretti sanitari e di rischio – distribuzione – aggiornamento raccolta dati da inoltrare alla U.S.L. e alla Regione
Personale	amministrativo	Operatori residenti delle varie professionalità	

Allegato n. 3 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

TUTELA DELL'AMBIENTE

1. I CRITERI INNOVATORI NEI SERVIZI IGIENE PUBBLICA

Nella logica della riforma sanitaria il servizio igiene pubblica dell'U.S.L. è quello che meglio può adeguarsi ai criteri informatori della riforma stessa, ossia prevenzione, programmazione, partecipazione, poiché a differenza esclusiva di altri può concretamente *prevenire, rimuovendo le cause di danno alla salute*; può *programmare gli interventi* secondo piani di priorità (non essendo sottoposto all'urgenza dell'intervento immediato sul singolo paziente, com'è invece il caso dei servizi assistenziali di base ed integrativi), sulla scorta delle indicazioni dei cittadini attraverso *la partecipazione* alla definizione degli obiettivi.

D'altro canto non si può dimenticare che la prevenzione è un compito che impegna in prima persona la amministrazione regionale e le amministrazioni locali, per il quale non bastano la promulgazione di una legge o la predisposizione di linee programmatiche, perché richiede un impegno costante di governo ad ogni livello ed una stretta correlazione fra gli interventi più direttamente sanitari e quelli generali, economici, finanziari, di sviluppo, demografici, sociali.

Anche la tutela dell'ambiente è innanzitutto un compito di natura essenzialmente politica, deve impegnare a tutti i livelli gli organi di governo; che non può essere affrontato con i soli strumenti del controllo e della repressione, ma piuttosto con quelli della gestione dell'assetto complessivo del territorio, con valenze che non sono solo sanitarie (che anzi lo sono, tutto sommato, molto poco).

Della prevenzione bisogna avere, tutto sommato, una concezione politica più che tecnica, che non potrà essere realizzata esclusivamente con aggiustamenti organizzativi e con tentativi di razionalizzazione dei servizi, per bloccare processi che hanno raggiunto livelli non contenibili con i soli strumenti tecnici

Servizi efficienti ed efficaci, debitamente potenziati con personale altamente qualificato e motivato, e con mezzi tecnici adeguati, vanno comunque realizzati in ogni U.S.L. come strumento primario ed indispensabile per rispondere alle richieste ed alle sollecitazioni che il movimento operaio e le organizzazioni sindacali avevano posto alla base di molte loro lotte in fabbrica e fuori.

Il settore dell'igiene pubblica può essere definito il cardine di quei profondi mutamenti di erogazione di servizi e di svolgimento di interventi, di comportamenti individuali e collettivi, che traggono la loro ragion d'essere dall'orientamento culturale che ha portato alla riforma sanitaria, e che dalla stessa devono trarre nuovo ed ulteriore impulso.

Per la natura stessa della materia gli ambiti di intervento involgono al tempo stesso le persone e l'ambiente di vita, in uno scambio continuo, di informazioni e di prestazioni, con gli altri servizi della U.S.L. (indicativamente assistenza sanitaria di base, igiene e sicurezza del lavoro, veterinario).

Il servizio d'igiene pubblica si deve porre quindi come alternativa al prevalere culturale della medicina clinica e come fattore primario produttivo di riforma, ancorché debba raccogliere una scarsa eredità dalle attività degli uffici sanitari comunali e da servizi provinciali confluiti nelle U.S.L., poiché agli stessi le amministrazioni comunali, soprattutto, non hanno mai di regola assegnato il personale ed i mezzi che l'importanza dei compiti richiedevano.

2. ANALISI DEI COMPITI E DELLE ATTIVITA' COMPRESI NEL SETTORE

I compiti

I compiti della cosiddetta igiene ambientale sono quelli esercitati già oggi in parte o globalmente da strutture pubbliche gestite per lo più dagli Enti locali (Comuni o Province) ed in misura minore da altri Enti statali.

Per sommi capi possiamo così riassumerli:

- igiene del suolo e dell'abitato: abitazioni, smaltimento dei rifiuti liquidi e solidi; controllo dell'inquinamento delle acque profonde e superficiali; controllo dell'inquinamento del suolo;
- approvvigionamento idrico;
- controllo qualitativo dei corpi idrici;
- controllo della salubrità dell'aria atmosferica;
- controllo della salubrità dell'aria confinata;
- lotta contro i vettori ed i parassiti;
- igiene degli alimenti e delle bevande.

L'insieme di tali competenze è disciplinato da numerosi disposti di legge, non sempre univoci e congruenti, emanati in epoche diverse e con volontà non omogenee: il T.U. delle leggi sanitarie, la legge 615/1966 e relativi regolamenti di esecuzione, la legge 319/1976, il D.P.R. 303, la legge 650/1979, le leggi 283 e D.P.R. 327, ecc.

Descriviamo in modo analitico l'insieme delle competenze, accorpate per tematiche di intervento.

Suolo e abitato:

- Esame sotto il profilo della compatibilità igienistica dei piani regolatori, dei programmi di sviluppo delle fondamentali scelte economico-produttive, ecc. (attività di consulenza interna alla pubblica amministrazione).
- Esame igienistico dei progetti di costruzione e di ristrutturazione edilizia.
- Accertamento dei requisiti per l'abitabilità e usabilità degli edifici.
- Accertamento dell'idoneità igienica degli alloggi, ai fini dell'assegnazione di case popolari o dell'ordinanza di ripristino igienico degli alloggi stessi e delle case rurali adibite dal proprietario ad abitazione degli addetti alla coltivazione dei fondi, ecc.
- Controlli relativi all'esercizio di alberghi, pensioni, locande, alberghi diurni, affittacamere, ristoranti, trattorie, bar, caffè e vigilanza in materia.
- Aspetti igienici connessi all'autorizzazione e all'esercizio di soggiorni di vacanza, di campings e complessi recettivi complementari di carattere turistico sociale.
- Aspetti igienici dell'esercizio di piscine e di stabilimenti balneari e vigilanza in proposito.
- Vigilanza igienica sulle condizioni del suolo e sulle cause di insalubrità che lo riguardano.
- Vigilanza igienica sulla raccolta e lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani; accertamento dell'idoneità dell'area e controllo igienico degli impianti di smaltimento.
- Vigilanza igienica sull'impiego e la sperimentazione di presidi sanitari in agricoltura.
- Verifica degli aspetti igienici connessi alle coltivazioni

delle piante tessili e del riso (procedure di autorizzazione e controllo).

– Aspetti igienici, nella produzione, preparazione, confezionamento e deposito all'ingrosso di detergenti sintetici e di detersivi; vigilanza e controllo anche di laboratorio sulla produzione e il commercio dei detergenti sintetici. Autorizzazione di legge.

– Verifica degli aspetti igienici connessi alla classificazione ed al controllo delle industrie insalubri.

– Verifica degli aspetti igienici connessi allo smaltimento di rifiuti radioattivi (procedura e controllo).

– Vigilanza igienica sui locali pubblici e sugli edifici di uso collettivo.

– Vigilanza sulle condizioni igieniche dei corpi acquei destinati alla balneazione.

Acque:

– Vigilanza igienica sulle acque superficiali e telluriche.

– Vigilanza igienica sugli scarichi di rifiuti liquidi in fognature, nel suolo, nel sottosuolo, in acque superficiali.

– Vigilanza igienica sulla raccolta e lo smaltimento dei fanghi residui, di provenienza civile ed industriale.

– Controllo sanitario degli acquedotti, dei pozzi e di tutte le opere di captazione, adduzione e deposito di acque potabili.

Aria atmosferica:

– Prevenzione, controllo e repressione dell'inquinamento atmosferico sulle cause di insalubrità che la riguardano.

– Fissazione dei livelli di emissione tollerabili per ogni impianto produttivo e per ognuna delle sostanze presenti negli effluenti degli impianti medesimi.

– Esame dei progetti ed autorizzazione all'esercizio degli impianti produttivi.

– Controllo dei livelli di emissione degli impianti produttivi.

– Controllo dei livelli di immissione o di qualità dell'aria.

– Approvazione dei progetti e loro varianti e controllo degli impianti termici civili.

– Autorizzazione all'utilizzo di combustibili particolari per impianti termici.

– Controllo della emissione di veicoli che possono produrre inquinamento atmosferico.

Ambiente di lavoro e produzione:

– Verifica degli aspetti igienici connessi alla detenzione e all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti, all'esercizio della roentgenterapia e delle terapie radioattive (procedura di autorizzazione e controllo).

– Vigilanza igienica sui locali, le attrezzature, le suppellettili degli esercizi di barbiere, parrucchiere e affini, e sui procedimenti tecnici usati in dette attività.

– Ricevimento delle denuncie di intossicazione da antiparassitari e delle altre denuncie imposte dalla legge in materia di igiene e sanità pubblica.

Alimentazione:

– Verifica degli aspetti igienici inerenti al rilascio di autorizzazioni o licenze alla produzione, alla preparazione e alla vendita di alimenti e bevande in genere.

– Vigilanza igienica sulla produzione, la lavorazione e il commercio di alimenti e bevande, prodotti dietetici e alimenti della prima infanzia; controllo dei mercati all'ingrosso, dei depositi, degli esercizi di vendita al minuto, delle condizioni sanitarie del personale addetto. Attuazione delle procedure previste dalla legge per l'accertamento di laboratorio e per la denuncia dei campioni di alimenti e bevande non regolamentari, per l'eventuale chiusura dello stabilimento o dell'esercizio incriminato.

– Aspetti igienici connessi all'autorizzazione e all'impiego di autocisterne per il trasporto del latte alimentare e di automezzi per il trasporto di bidoni di latte alimentare fuori dall'ambito comunale.

– Automezzi e mezzi di trasporto in genere.

– Autorizzazione alla detenzione e al commercio di fitofarmaci e presidi delle derrate alimentari immagazzinate. Vigilanza in merito.

– Verifica degli aspetti igienici connessi all'autorizzazione e all'esercizio di fabbriche di acque gassate e bibite analcooliche, di stabilimenti per la produzione o distribuzione di integratori o di integratori medicati per mangimi, di depositi all'ingrosso di margarina e grassi idrogenati alimentari.

– Verifica degli aspetti igienici connessi alla produzione, all'importazione e al commercio di acque minerali (procedure di autorizzazione e controllo).

– Vigilanza sull'idoneità igienica degli utensili, dei recipienti e di qualsiasi altro oggetto destinato a venire in contatto con alimenti.

– Verifica degli aspetti igienici connessi alla detenzione, al commercio di additivi chimici e coloranti destinati alla preparazione e conservazione di alimenti e bevande.

– Vigilanza igienica sulle centrali del latte.

– Ricevimento delle segnalazioni di legge da parte di chi effettua la demetallizzazione dei vini con ferro-cianuro di potassio o impiega sostanze estranee nel caffè.

– Accertamento dell'idoneità delle zone di mare e degli impianti destinati alla coltivazione, allevamento e deposito di molluschi, eduli, lamellibranchi (procedura di autorizzazione e controllo).

– Autorizzazione dei centri di raccolta e degli impianti di epurazione di molluschi, eduli, lamellibranchi e vigilanza sanitaria in proposito.

Vigilanza strutture sanitarie e ruolo istituzionale:

– Vigilanza sulla salute pubblica e sull'applicazione delle leggi e dei regolamenti in materia sanitaria.

– Verifica degli aspetti igienici connessi al commercio dei presidi medico chirurgici (procedure di autorizzazione e controllo).

– Verifica degli aspetti igienici connessi all'autorizzazione e all'esercizio di case di cura, di ambulatori medici, di stabilimenti di terapia fisica, di laboratori di analisi.

– Verifica degli aspetti igienici connessi all'autorizzazione e all'esercizio di stabilimenti termali.

– Verifica degli aspetti igienici connessi al servizio farmaceutico (procedure autorizzative e vigilanza sulle farmacie, sequestro di farmaci inidonei o illegali, ecc.).

– Promozione delle ordinanze per motivi contingibili ed urgenti in materia di igiene e sanità pubblica.

Malattie infettive:

– Controllo epidemiologico delle malattie infettive, ricevimento delle denuncie e delle segnalazioni al riguardo. Controllo degli episodi epidemici, valutazione delle cause e dei provvedimenti necessari (indagine epidemiologica, disinfezioni a domicilio).

– Vigilanza sulla esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e dei trattamenti immunitari di massa.

– Esecuzione delle vaccinazioni internazionali e sorveglianza sanitaria delle persone provenienti da paesi soggetti alle misure di profilassi previste dal Regolamento Sanitario Internazionale.

– Aspetti igienici della lotta contro le mosche e gli altri vettori di malattie infettive.

– Servizi locali di disinfezione e di disinfestazione e controllo tecnico sull'attività igienico sanitaria delle A.M.I.U.

Igiene cimiteriale:

– Igiene cimiteriale e vigilanza sui cimiteri.

– Vigilanza sugli accertamenti necroscopici e registrazioni delle cause di morte.

– Polizia mortuaria (applicazione delle norme sui trasporti, esumazioni, estumulazioni, cremazioni, estradizioni di salme dal territorio della Repubblica, trattamenti conservativi, seppellimento di prodotti abortivi, rilascio di pezzi anatomici a scopo di studio, prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico, ecc.).

3. IL RACCORDO FRA LA L. 833 E LE LEGGI GIA' ESISTENTI: COMPETENZE GIURIDICHE ED ISTITUZIONALI

L'emanazione della L. 833/78 dà luogo ad un vasto problema di coordinamento con la legislazione vigente e ciò non solo nello specifico campo sanitario, ma anche in tutti quei settori connessi che si è voluto ricondurre nell'ambito del servizio sanitario per evidenti ragioni di funzionalità o di razionalità dell'intervento pubblico a difesa della salute.

Quello che qui interessa chiarire è il rapporto che verrà a stabilirsi fra la 833 e le « leggi ecologiche » 615/66 e 319/76 e, infine, 650/79, avuto riguardo al fatto che la prima ripetutamente fa riferimento all'« inquinamento », all'« ambiente naturale di vita », all'« ambiente di lavoro » ed alle relative salvaguardie e che non implica abrogazione o superamento della normativa preesistente.

Questa situazione appare consacrata in modo testuale nella 833 all'art. 2, dove si fissano gli obiettivi del servizio sanitario con un elenco di finalità che esso deve perseguire « nell'ambito delle sue competenze »; nell'articolo 4, dove si prescrive che le norme uniformi per l'intero territorio nazionale, e prime fra tutte quelle relative agli inquinamenti, sono dettate con legge dello Stato; infine nell'art. 20, dove si prevede che l'attività di controllo dei fattori di inquinamento avvenga « in applicazione delle norme di legge vigenti in materia ».

La previsione di cui all'art. 2 assume una particolare rilevanza, in quanto indica che le materie elencate non vengono a costituire una sorta di « competenza esclusiva », ma al contrario ricadono nell'ambito del servizio per quanto attiene allo specifico profilo sanitario, senza che ciò escluda la continuazione delle funzioni esplicate, sotto altri riguardi, da diversi settori dell'Amministrazione Pubblica.

Gli artt. 4 e 20, invece, richiamano specificamente la legislazione ambientale e più particolarmente la L. 319, che già si è adeguata al criterio delle prescrizioni uniformi.

È anzi interessante notare come la L. 833 voglia solo assicurare « condizioni e garanzie di salute uniformi » e quindi consenta anche di emanare prescrizioni diverse per situazioni locali non omogenee (come accade nella 615), ma riserva tale facoltà allo Stato.

È pertanto lecito concludere che il problema da risolvere consiste nella individuazione dei modi in cui troveranno applicazione le citate leggi in regime di servizio sanitario nazionale e come eventualmente si spostino le singole competenze in confronto all'odierna regolamentazione.

Ciò, in gran parte, equivale a definire quale sia « l'ambito delle sue competenze » nel quale, *ex* art. 2, deve muoversi il servizio sanitario nazionale.

La L. 319 ha plurime e diversificate finalità, tutte concorrenti al fine ultimo della « tutela delle acque dall'inquinamento », che viene tuttavia sotto i vari profili ricollegato a diversi fenomeni.

Se la finalità della tutela ha contenuto essenzialmente igienico-sanitario, non altrettanto può dirsi dei singoli settori in cui è prevista l'esplicazione dell'azione pubblica.

L'organizzazione dei servizi relativi alle acque (art. 1, lett. *c*) ad esempio, solo in via del tutto indiretta persegue finalità sanitarie, assumendo invece come principale contenuto quello tecnologico (corretta progettazione), economico (coordinamento e razionalizzazione degli interventi) ed urbanistico (tutela delle risorse e dell'assetto territoriale).

Tale pluralità di prospettive è ancora più evidente nell'art. 2 (elenco delle competenze statali) dove si fa riferimento non solo all'entità « bacino idrografico » (soprattutto interregionale) ma anche al coordinamento delle utilizzazioni concorrenti delle acque (per usi « irrigui, industriali e civili »), al risparmio idrico, al « recupero delle sostanze disperse », elementi tutti di chiara natura economica e territoriale del tutto esulanti dallo specifico problema della tutela sanitaria.

Deve quindi concludersi che nulla è immutato per questi aspetti e che l'iter di applicazione del piano regionale di risanamento delle acque (art. 8, L. 319) deve proseguire secondo le previsioni, così come il censimento dei corpi idrici ed il primo impianto del catasto degli scarichi.

Pericoli di sovrapposizione nelle previsioni normative esistono invece nel settore dei controlli. Infatti, mentre la legge 833 dispone la costituzione presso le U.S.L. di « propri servizi di igiene ambientale » (art. 21) per l'esecuzione dei compiti di cui agli artt. 14, comma 3°, lett. *b*) e 20, comma 1°, lett. *a*) e *c*), la legge 319 ripartisce le competenze relative al controllo degli scarichi fra il Comune per quelli in fognature nonché sul suolo o nel sottosuolo (art. 6) e la Provincia per quelli nelle acque superficiali nonché per le fognature scaricanti sul suolo o nel sottosuolo [art. 5, lett. *b*) e *d*)].

Le competenze comunali possono senz'altro considerarsi esercitabili a mezzo delle U.S.L. *ex* art. 13, comma 2°, L. 833 al di là del problema della formazione, da ritenersi normale, di Consorzi intercomunali di depurazione. Tali Enti dovrebbero assumere una configurazione prevalentemente tecnica, provvedendo unicamente a progettare e gestire gli impianti di depurazione (adeguandosi e rispettando i limiti di accettabilità in fognatura).

Risulta difficile garantire una coincidenza territoriale fra Consorzi di depurazione e U.S.L., in quanto i primi sono determinati prevalentemente dalla situazione idrografica e dalla opportunità di realizzare economie di scala, mentre le seconde sono configurate in funzione della distribuzione della popolazione, con prevalente attenzione alla equidistribuzione dei presidi assistenzali e socio-sanitari.

La ripartizione del controllo in funzione del tipo di scarico, già di dubbia opportunità nel sistema della legge 319, diventa pertanto insostenibile alla luce della legge 833. Molto opportunamente e tempestivamente, pertanto, la legge 24 dicembre 1979, n. 650, in particolare con l'art. 9, è venuta a sanare tale contrasto riconoscendo in capo « ai Comuni, singoli e associati, e alle Comunità Montane » (ed usando quindi gli stessi termini dell'art. 10 della legge n. 833/1978 per definire l'unità sanitaria locale) i compiti di controllo e autorizzazione di tutti gli scarichi di acque reflue: tali compiti dal 30 dicembre 1979 sono già complessivamente esercitati dai Comuni che li svolgono mediante le unità sanitarie locali, in attuazione dell'art. 13 della legge 833.

Infine, sotto il profilo operativo, va opportunamente ovviata la apparente incompatibilità fra la struttura molto decentrata delle U.S.L. e il carattere piuttosto specialistico

dei controlli ecologici, che implica la presenza di operatori qualificati e di un laboratorio non elementare.

Si ritiene che la soluzione consista nel riservare le attività più complesse ai servizi multizonali *ex* artt. 18 e 22, L. 833, strettamente collegati alle strutture decentrate delle Unità locali per le operazioni di prelievo.

A questo proposito, tuttavia, deve essere osservato come la dizione letterale dell'art. 22 (comma 1°, lett. *a*) e del connesso art. 21 (comma 1° e 2°) possa far pensare ad una prevalente attenzione del legislatore, quando parla di « salvaguardia dell'ambiente » a quello puntuale chiuso, individuabile nel posto di lavoro, come luogo di creazione dei maggiori rischi sanitari e ciò è indicato altresì dal ripetuto riferimento alla « salute dei lavoratori ».

Tale considerazione si ricollega anche alla constatazione che diversa natura ha il controllo delle condizioni ambientali di un luogo chiuso (che comportano valutazioni relative a polveri, vapori, rumorosità, ecc.) ricollegabili alle funzioni già esercitate dall'Ispettorato del Lavoro e dall'ENPI e di quelle relative all'ambiente in generale (totalità del territorio), che comportano altra problematica ed altra metodologia, e che sono state esercitate da altre strutture.

Una ripartizione, solo apparentemente logica, potrebbe tendere a mantenere la linea di separatezza che oggi esiste, assegnando alle Unità locali le funzioni già esercitate dagli Ispettorati del Lavoro e dall'ENPI e lasciando inalterato il resto.

Appare evidente la improponibilità di questa ipotesi, che impedirebbe la riunificazione della problematica ambientale, mantenendo le attuali logiche verticali di intervento.

Pertanto il governo delle attività latamente intese nella dizione « igiene ambientale » deve essere esercitato dalle Unità sanitarie locali, le quali per l'espletamento delle funzioni interessate, si avvarranno di tutte le strutture di cui avranno la disponibilità, articolate secondo la politica distributiva del piano: di base, zonali e multizonali.

4. FUNZIONI ED ORGANIZZAZIONE DI UN SERVIZIO PER LA TUTELA DELL'AMBIENTE

4.1. Le funzioni

Le funzioni che ineriscono ai compiti sopradescritti sono *di controllo* (preventivo e secondario), *prescrittive, di sanzione, di intervento*, vale a dire funzioni tipiche di governo e funzioni di esercizio, distribuite fra numerosi Enti ed Istituti, senza che le attribuzioni siano assegnate sempre in materia congrua rispetto alla natura dell'Ente.

Il D.P.R. 616 e la legge di riforma sanitaria hanno ricondotto sotto la sfera dei poteri locali (ai vari livelli della stessa) tutte le funzioni (affidandole ai Comuni che le esercitano in forma singola od associata tramite le U.S.L.) ivi comprese quelle prima esercitate da Enti statali (Ispettorati del lavoro, ANCC, ENPI, ad es.), o da altri Enti Locali (Province) e salvo quelle residuate agli organi centrali dello Stato.

Il problema non è tanto o solo quello di progettare modifiche di struttura (che richiederebbero tempi e processi certamente molto lunghi, come quelli della revisione dello stato delle autonomie locali e della modifica della legge comunale e provinciale, ad es.), quanto quello di riportare a sintesi unitaria e coordinare in modo stabile tutte le attività e gli interventi derivanti da competenze frammentarie, come quelle attribuite agli ufficiali sanitari, ai laboratori provinciali di igiene e profilassi, alle Province, ai CRIA, ai vigili del fuoco, ai consorzi di vario genere.

4.2. Ipotesi di articolazione dei livelli del servizio

Le funzioni più propriamente politiche (di governo, appunto) debbono essere esercitate dai Comuni, che intervengono a seguito di tutti gli adempimenti tecnici compiuti dagli organi consortili o del decentramento, come anche, nella attuale fase di transizione, da altre amministrazioni che gestiscono servizi in questo settore, in attesa del loro trasferimento ai Comuni ed ai loro consorzi.

Le funzioni di natura tecnica (di esercizio, come si diceva) possono essere sostanzialmente distinte in *di base* e *di livello centrale.*

Sono *di base* le funzioni di ispezione, di controllo e verifica, di prelievo di campioni, la esecuzione di semplici rilevazioni e di analisi di modesto contenuto tecnico e che non richiedono strumentazioni complesse. Queste possono essere assolte tutte nel distretto di base, da operatori di media qualificazione, vigili sanitari, tecnici dell'ambiente.

A questo livello non si dà luogo a settorializzazioni, a capillarizzazioni di servizi verticali e sugli operatori ambientali del distretto debbono far carico tutte le richieste per i diversi interventi (lavoro, abitazione, acque superficiali, rifiuti, aria, alimenti, ecc.).

Per condizioni particolari (forte concentrazione industriale, forti agglomerazioni urbane, grossi bacini idrici, colture intensive o concentrazioni di attività zootecniche) operatori potranno essere assegnati stabilmente ad un settore di lavoro, tuttavia sempre in dipendenza dall'unitario servizio di igiene ambientale e non come emanazione di servizi verticali o settoriali.

Le *funzioni centrali* sono rappresentate sostanzialmente dalla esecuzione di indagini complesse, che richiedono strumentazioni sofisticate e personale di elevata qualificazione, raccolti in laboratori centralizzati; l'intervento di tali strutture avviene sempre su richiesta degli operatori periferici o periodicamente per programmi definiti anche su ambiti molto vasti, sempre con l'accordo e la collaborazione delle strutture distrettuali e di Unità locale.

Queste funzioni non necessariamente debbono essere svolte da una struttura unica, ma attraverso l'utilizzo di tutte quelle esistenti, anche in rapporto a specificità particolari ed alla necessità di non duplicare o addirittura moltiplicare apparecchiature di alto costo e di uso non continuo, per le quali una utilizzazione economica avviene soltanto per ambiti territoriali molto vasti.

Le strutture cui affidare tali funzioni sono i laboratori provinciali di igiene e profilassi, i laboratori delle università, altre eventuali strutture centralizzate già esistenti o in funzione.

Le cosiddette attività dei servizi multizonali sono ovviamente ricomprese in quelle esercitate dalle suddette strutture centrali.

4.3. Aspetti organizzativi

L'obiettivo deve essere quello di costituire un *servizio* unitario *di igiene dell'ambiente*, che si articoli ai vari livelli del servizio socio-sanitario regionale.

Alla Regione ed ai Comprensori spettano compiti di pianificazione, coordinamento ed indirizzo unitario, in particolare trattandosi di una materia che spesso interessa ambiti territoriali che superano largamente i confini delle zone e dei singoli Comuni.

A livello di U.S.L. l'attività è espletata dal servizio di igiene ambientale, con compiti di direzione unitaria, coordinamento e gestione di tutte le attività, con eventuale

articolazione nei distretti, a seconda delle peculiarità delle singole zone.

Il servizio sarà diretto da un ufficiale sanitario, e disporrà di personale vario, medici igienisti, chimici, fisici, biologi, geologi, tecnici dell'ambiente, vigili sanitari, dei Comuni o del Comune facenti capo all'U.S.L.

Al responsabile del servizio dovranno essere attribuite, per l'intero territorio della U.S.L., i compiti, le funzioni e le responsabilità già proprie, per il territorio di ciascun Comune, dell'ufficiale sanitario, con esclusione di quelle che non attinevano strettamente all'igiene pubblica (medico-fiscale, taspatologiche, medico-legali) che saranno attribuite ai responsabili di altri servizi dell'U.S.L.

Inoltre competeranno al responsabile del servizio d'igiene pubblica quelle funzioni già proprie del medico provinciale, che nel riordino delle funzioni medesime, da realizzare con legge regionale in attuazione del disposto dell'art. 32 della legge n. 833 verranno decentrate a livello U.S.L.

Il servizio di igiene pubblica di ciascuna U.S.L. dovrà essere dotato di strumentazioni fisse e mobili per l'esecuzione di accertamenti strumentali di primo livello e per la raccolta di campioni da inviare per l'esame ai presidi multizonali.

Il servizio di igiene pubblica deve affrontare i problemi globalmente, anche nelle sue articolazioni periferiche distrettuali, all'interno delle quali – per un territorio definito – gli operatori dei vari livelli dovranno svolgere tutti i compiti loro propri.

Di massima solo a livello centrale si potrà prevedere che singole persone si occupino prevalentemente ed esclusivamente di specifiche attività: igiene, edilizia, tutela delle acque, igiene alimentare, ecc., coordinando in tal modo l'attività degli operatori periferici e fornendo loro gli indispensabili aggiornamenti conoscitivi ed operativi.

Tuttavia dovrà essere garantita dal responsabile del servizio di igiene pubblica la circolazione delle informazioni fra i « preposti » alle varie attività, al fine di prevedere in modo assoluto la creazione di compartimenti stagni.

A tal fine potranno essere utili o indispensabili periodiche « conferenze di servizio » che, riunendo tutti gli operatori di igiene pubblica di tutti i distretti, consentano uno scambio sempre proficuo di esperienze maturate in ciascun ambito di attività e di territorio servito.

Le attività di prevenzione che non coinvolgono l'ambiente di vita (visite mediche a particolari operatori, quali: alimentaristi, barbieri, parrucchieri, personale docente e non docente della scuola, ecc.), non devono – di regola – essere svolte dal servizio igiene pubblica, ma da altri servizi dell'U.S.L. (medico-legale, di assistenza sanitaria di base), sia pur seguendo le indicazioni del servizio igiene pubblica, al fine di meglio calibrare gli interventi alle esigenze della prevenzione.

Rimangono alcuni elementi da definire in sede di applicazione del Piano regionale, relativamente ai rapporti con tutti quegli organismi che in vario modo intervengono sui problemi ambientali. le aziende municipalizzate, i consorzi di bonifica, i magistrati delle acque, i consorzi di fiume, di lago, ecc.

Si ribadisce che le funzioni di controllo e di verifica, ispettive, di definizione degli standards e dei limiti di accettabilità, di prescrizione, non possono che essere di stretta pertinenza degli organi del governo locale, Regione e Comuni, che le esercitano tramite i loro servizi.

La gestione di tutta la parte più strettamente tecnica: impianti di depurazione e smaltimento, opere di presa, adduzione e potabilizzazione delle acque ecc., rimane necessariamente affidata agli enti ed amministrazioni ad essa normalmente preposti od appositamente costituiti.

Appare anche, per ora, marginale, il fatto che il consorziamento per opere di bonifica o di disinquinamento avvenga in maniera territorialmente diversa rispetto a quella proposta per le Unità sanitarie locali.

5. PROPOSTE DI PIANO PER I LABORATORI DI SANITA' PUBBLICA (LSP)

5.1. Le funzioni

Nel capitolo precedente abbiamo distinto le attività di igiene dell'ambiente « di base e centrali ».

In questo ci occupiamo esclusivamente dei servizi centrali e della costruzione della rete regionale degli stessi, in quanto per la organizzazione delle attività di base gli elementi contenuti nei princìpi di riordino approvati dalla Giunta Regionale il 18 luglio 1978 sono certo sufficienti.

Appare opportuno sottolinearlo che i servizi multizonali di prevenzione non hanno compiti di gestione, nemmeno tecnici, nei confronti del territorio loro afferente, e che gli operatori degli stessi hanno compiti esclusivi di supporto tecnico-professionale nei confronti degli operatori delle singole U.S.L.

Ciò tende e deve tendere non a sminuire la qualificazione del personale dei presidi multizonali, né la importanza della loro opera, ma invece ad evidenziare che le funzioni di prevenzione, di controllo, di vigilanza, di repressione competono esclusivamente alla U.S.L.; che tuttavia in alcuni od in molti casi non la può svolgere compiutamente senza il supporto tecnico professionale dei settori multizonali.

Ciò ancora significa che si individueranno attività di vigilanza e di controllo che potranno essere svolte soltanto con la presenza sul territorio degli operatori dei servizi multizonali, insieme con gli operatori della U.S.L. territorialmente competente, ed altre invece che – di regola – saranno svolte esclusivamente dagli operatori dell'U.S.L., che effettueranno campionamenti, prelievi, sequestri, di materiale da sottoporre poi alla analisi laboratoristica (chimico-fisica, microbiologica, biologica, chimico-clinica, ecc.), presso i servizi multizonali.

In questa situazione si può affermare sin da ora che il personale dei servizi multizonali di prevenzione non dovrà necessariamente essere investito di funzioni di polizia giudiziaria secondo le previsioni del 3° comma dell'art. 21 della legge n. 833, poiché la sua funzione, pur indispensabile, è politicamente e giuridicamente identificabile con quella dell'« ausiliare di polizia giudiziaria » prevista dall'art. 223 del codice di procedura penale, in attesa del trapasso delle funzioni delle sezioni mediche, chimiche ed anti-infortunistiche dell'Ispettorato del lavoro.

Non contrasta con le indicazioni che precedono il fatto che personale tecnico dei servizi multizonali effettui anche in assenza di personale delle U.S.L. accertamenti o campionamenti, della cui esecuzione deve essere personalmente certo, e che siano già stati definiti quanto a luogo e tempo di esecuzione in accordo con il competente servizio delle U.S.L.

Nei princìpi di riordino sono stati pure indicati gli elementi di base con cui determinare i fabbisogni teorici e le necessità strutturali dei servizi, articolando le attività da espletare in *a*) dei nuclei di base e *b*) integrative, come espresso nella tabella che riportiamo.

Tabella delle principali attività dei nuclei-base dei laboratori d'igiene e della attività integrative

	Attività dei nuclei-base				*Attività integrative*			
	Determinazioni fisiche	*Determinazioni chimiche*	*Determinazioni batteriologiche*	*Controllo radiazioni ionizzanti*	*Determinazioni chimico-cliniche*	*Determinazioni tossicologiche*	*Determinazioni virologiche*	*Ricerche sui residui di pesticidi*
Controllo delle acque potabili	x	x	x					x
Controllo delle acque di scarico	x	x	x	x			x	x
Contr. dell'ambiente di lav. [1]	x	x		x		x		
Contr. dell'ambiente di vita [1]	x	x		x				
Contr. di alimenti, bevande, farmaci e cosmetici			x			x	x	x
Controlli veterinari [2]		x	x		x		x	x

(1) Particolare attenzione va portata alla individuazione dei fattori di rischio specifico.

(2) Interessano gli animali, i prodotti alimentari di origine animale ed i mangimi.

N.B. – Le attività comprendono sempre le determinazioni per stabilire la rispondenza agli standards stabiliti da leggi e norme (regionali, statali e comunitarie).

Alla luce della L. 833 e della redistribuzione delle competenze da essa fissate, tutto quanto attiene le funzioni di controllo e di vigilanza delle strutture periferiche del S.S.N. viene raggruppato nel comparto della sanità pubblica, la quale si avvale di strutture unitarie, aventi ambiti di competenza zonali o multizonali, come previsto dall'art. 18 e seguenti.

Le funzioni di controllo e vigilanza possono essere raggruppate in quattro tipi di attività laboratoristiche:

a) determinazioni fisiche (meccaniche, elettriche, elettromagnetiche, acustiche, termiche, ecc.);

b) determinazioni chimiche;

c) determinazioni biologiche (batteriologiche, virologiche, parassitologiche, immunologiche, istologiche, ecc.);

d) determinazioni tossicologiche e chimico-cliniche che individuano settori di lavoro distinti sotto il profilo tecnico e del personale, ma che vanno gestite in forma unitaria tanto sotto il profilo amministrativo che funzionale, in una stessa struttura laboratoristica o comunque in una rete di servizi. Nel primo settore *a*) sono comprese anche le determinazioni relative al controllo di macchine, impianti, installazioni di vario genere, che potremo definire impiantistico-tecnologiche, che non individuano attività analitiche in senso stretto, ma che sono della stessa natura di quelle ivi considerate.

Vanno comprese fra queste anche le attività per il controllo delle radiazioni, tanto per quanto si riferisce agli interventi sulle installazioni che le verifiche sui dosimetri; i servizi di fisica sanitaria costituiti all'interno degli ospedali sono considerati facenti parte di queste strutture.

Tutte queste funzioni sono oggi in larga parte svolte dai laboratori provinciali di igiene e profilassi, per quanto si riferisce al controllo del suolo e dell'abitato, dell'acqua, dell'aria e degli alimenti; dagli istituti zooprofilattici per gli alimenti e gli animali; per gli ambienti di lavoro sono espletate per lo più dai servizi aziendali, in piccola misura dai servizi dell'*ex* ENPI, nella maggior parte dei casi sono completamente trascurate.

Tutti questi servizi e le loro strutture devono essere riaccorpati in una rete di laboratori di sanità pubblica, articolati ciascuno nelle quattro sezioni citate, per le quali ciascuno è dotato di quelli che nei princìpi di riordino sono indicati come nuclei di base, ed è cioè in grado di effettuare le operazioni indispensabili e di maggior consumo; soltanto ad alcuni di essi sono riservate le attività di massima specializzazione e di minor consumo e saranno pertanto dotati anche di quelli che nei princìpi di riordino sono indicati come nuclei integrativi.

Questa scelta di gradualità sembra anche essere di più facile realizzazione nella attuale fase di avvio e la tendenza finale dovrebbe essere quella di creare una rete di strutture nodali nell'intero territorio regionale tali da soddisfare tutte le esigenze di protezione e tutela dell'ambiente, di vita e di lavoro.

Come si dice anche altrove, sembra tuttavia opportuno che, in rapporto alle peculiarità del territorio od alle esperienze già condotte, tutti i laboratori di sanità pubblica sviluppino settori di maggiore qualificazione, validi per tutto il restante territorio regionale.

5.2. Aspetti organizzativi

Il laboratorio di sanità pubblica si configura come un tipico presidio multizonale, come definito dagli artt. 18 e 22 della L. 833, risultante dalla fusione di presidi oggi distinti e di strutture separate, per i quali deve essere prevista una riaggregazione anche sul piano spaziale, oltreché funzionale.

I campi di attività precedentemente considerati rompono le attuali divisioni verticali ed aggregano il personale su una base interdisciplinare e possono corrispondere ad altrettante sezioni di lavoro, provviste di sufficiente autonomia tecnico-funzionale. Al loro interno deve essere garantita la pratica del lavoro di gruppo e tra di essa va prevista una regolare attività di interscambio; a capo di ciascuna sezione dovrebbe essere collocato un responsabile. La collegialità delle varie funzioni dovrebbe essere garantita da un comitato tecnico di coordinamento nel quale trovino collocazione i responsabili delle sezioni ed un idoneo numero di operatori rappresentanti le varie qualifiche in servizio.

Il comitato tecnico di coordinamento deve fare capo al responsabile della sezione di igiene ambientale della Unità sanitaria locale dove la struttura ha sede.

Non sarà inopportuno infatti richiamare l'attenzione sugli stretti legami esistenti tra le funzioni esercitate dai presidi destinati al controllo complessivo dell'ambiente e gli organi di direzione e gestione politica del territorio, per ritenere che presunte, od anche vere, ragioni di ordine efficientistico e tecnico vadano respinte onde evitare il rischio di creare strutture verticali accentrate (laboratori regionali di sanità, ad esempio), tecnicamente efficienti, con le quali può essere espropriato il potere dell'ente locale periferico ed esercitato il governo del territorio senza un effettivo controllo da parte della popolazione.

Trattandosi tuttavia di strutture il cui ambito territoriale di esercizio è di norma più vasto di una unità locale, con competenze tecniche aventi qualificazione molto forte, collegate con istituzioni per lo più di livello regionale (Università, centri di ricerca, ecc.) appare opportuno un loro coordinamento regionale, anche avvalendosi di una sezione del consiglio sanitario regionale. La riunificazione a questo livello appare necessaria, in quanto sono *difformi* i criteri usati sinora per la programmazione e lo sviluppo delle singole strutture esistenti, e vanno ricondotti ad una sola istanza i vari comitati attualmente in

funzione, come vanno unitariamente gestite tutte le condizioni che vari Enti o uffici hanno in essere.

Il lavoro del servizio multizonale avviene di norma secondo programmi stabiliti dalle singole unità locali, e secondo i criteri della programmazione regionale, per attività (progetti speciali, applicazione di norme di controllo routinario, indagini epidemiologiche) particolari comunque concordate con gli organi periferici del servizio sanitario, e per funzioni normalmente di secondo livello.

Esso non dispone di proiezioni sul territorio, ma si avvale dei tecnici del servizio di base, dislocati nei distretti, con i quali ha uno stretto collegamento funzionale.

Il personale della struttura centrale infatti deve essere di elevata qualificazione ed essere impiegato il più possibile all'interno dei laboratori, lavorando su materiale raccolto in periferia da operatori di livello intermedio. Tutto ciò deve essere garantito da un idoneo sistema di raccolta e di invio dei campioni al centro, senza che questa operazione si risolva in un carico di lavoro per tecnici di notevole capacità.

Tale esigenza sarà inoltre soddisfatta solo attraverso la creazione e la distribuzione nei servizi di base di un congruo numero di tecnici dell'ambiente, che abbiano la capacità di effettuare semplici rilevazioni analitiche, di prelevare campioni di materiali diversi (acqua, aria, polveri, alimenti, suolo, ecc.), di raccogliere materiali biologici secondo metodi correnti.

I risultati delle analisi condotte dovranno sempre pervenire ai servizi di base dei territori di pertinenza ed agli organi di governo degli stessi e, in forma di indicatori selezionati, al servizio regionale per l'osservazione epidemiologica.

Alcuna di queste strutture centrali potrà essere anche investita di attività particolari di controllo sugli impianti e su macchine varie (omologazione, verifica di rispondenza, ecc.) in collegamento con gli organi centrali dello Stato (ISPES, Ministero); dovrà comunque essere evitato il rischio di una separazione (apparentemente tutta tecnica) dall'organo naturale di governo che resta comunque quello della unità locale di appartenenza e con la quale i suddetti organi centrali dovranno rapportarsi.

5.3. Criteri di localizzazione dei laboratori di sanità pubblica sul territorio regionale

Partendo dal presupposto che non appare proponibile, né in alcun modo giustificato, dotare ciascuna Unità sanitaria locale di strutture laboratoristiche e che vanno ricercati ambiti più larghi che possono anche non coincidere con le perimetrazioni territoriali preesistenti, si è ipotizzato il numero delle unità laboratoristiche e la delimitazione dei propri bacini di utenza, sulla base di criteri che possono essere definiti ambientali, tenendo conto dell'attuale esperienza maturata nell'ambito del coordinamento del controllo sull'ambiente esterno dagli uffici regionali dell'Assessorato alla tutela dell'ambiente e dei vari laboratori provinciali di igiene e profilassi, che oggi svolgono appunto tale attività di controllo.

Si è preso come punto di riferimento la localizzazione e densità delle zone industriali in Piemonte, visto che sarà l'industria che richiederà il maggiore e più assiduo impegno delle nuove strutture laboratoristiche sia dal punto di vista del controllo dell'igiene dell'ambiente di lavoro, che del controllo dell'ambiente esterno o di vita.

Questo dato di localizzazione e di densità industriale deve in ogni caso essere correlato ad altri parametri che in maniera più o meno rilevante influenzeranno l'attività dei laboratori.

Complessivamente occorre infatti valutare inoltre:

– n. di abitanti, densità demografica e concentrazione di popolazione;

– popolazione equivalente in base alle attività industriali, agricole, zootecniche, artigiane;

– quantità di combustibile utilizzato;

– estensione territoriale assoluta e relativa ai possibili recipienti da controllare (fiumi, laghi, torrenti).

Sulla base di questi elementi è possibile stabilire con buona approssimazione il numero di strutture laboratoristiche necessarie per far fronte al fabbisogno analitico del territorio piemontese, mentre non è ancora possibile stabilire il grado di complessità di ciascun nucleo in quanto alla base di tale analisi vi è la necessità di svolgere un censimento capillare di tutti gli insediamenti produttivi esistenti nella zona di utenza dalla quale far derivare il numero medio di prestazioni e quindi l'organizzazione in uomini e strumenti da dare ad ogni laboratorio.

L'ipotesi di partenza è quella di considerare come nodi iniziali per la costruzione della rete di strutture per la sanità pubblica i laboratori provinciali di igiene e profilassi, nei quali vengono accorpati gli strumenti ed il personale trasferiti o provenienti dagli altri Enti preposti a funzioni di controllo e vigilanza sull'ambiente (Isp. del lavoro, ENPI, ANCC, ecc.).

L'ambito segnato dai confini della circoscrizione provinciale costituisce una dimensione eccessiva per le potenzialità di un laboratorio, sia pure avente le caratteristiche da noi indicate e risultante dalla fusione delle strutture e del personale sopra indicati e porterebbe a creare strutture superpotenziate, eccessivamente complesse che richiederebbero costi di gestione sproporzionati e comporterebbero eccessivo accentramento.

In particolare, nella situazione della Regione Piemonte, le strutture di cui si dispone non sono affatto dimensionate alle caratteristiche demografiche ed agli insediamenti delle Province su cui sono dislocate, con notevole disparità da caso a caso.

Così il laboratorio di Torino appare chiaramente al di sotto di qualsiasi ipotesi di fabbisogno minimo per il suo ambito provinciale; è abbastanza ben dimensionato quello di Asti, sono insufficienti quelli di Novara, Vercelli, Alessandria e Cuneo.

Una riaggregazione da parte di territori provinciali presso i laboratori di province vicine non appare possibile stante la insufficienza di quasi tutte le strutture al loro interno.

Si tratta dunque di individuare nuovi ambiti territoriali, più piccoli, nei quali costruire i nodi della rete dei laboratori centrali di sanità pubblica, con funzioni multizonali.

L'ambito dei comprensori di cui alla L.R. n. 41/75 non sembra utilizzabile a tal fine e nella maggior parte dei casi appare piccolo rispetto alle potenzialità di una struttura accentrata di laboratorio, che in prima approssimazione può essere ritenuta valida per un complesso di popolazione di 300-400 mila abitanti, con concentrazioni abitative e produttive medie.

Anche in questo caso la consistenza del Comune di Torino crea una situazione eccezionale diversa dal resto della Regione, ed il comprensorio in cui è collocato acquista dimensioni enormi rispetto alla potenzialità del laboratorio di igiene e profilassi di Torino.

Per questo ultimo infatti il problema si pone in termini di moltiplicazione di moduli di servizio per le quattro attività di laboratorio previste sino al massimo di compatibilità funzionale e gestionale e quindi di decentramento dei moduli simili in strutture diverse dislocate in altre zone del territorio provinciale.

Il « piano orientativo per lo smaltimento dei rifiuti solidi sul territorio piemontese » (delibera del C.R. n. 54 dell'11 dicembre 1975) individua 28 aree di intervento, mentre il piano regionale di risanamento delle acque, di cui alla L.R. n. 23 del 29 aprile 1975, individua 23 aree di intervento e 18 Comuni assimilabili alle aree.

Tali ambiti non appaiono utilizzabili ai fini che ci proponiamo, in quanto tutti a dimensioni piuttosto ridotte; e del resto essi sono stati utilizzati esclusivamente per la gestione di impianti di disinquinamento e non di strutture di controllo e vigilanza.

Da tutto quanto premesso, in base quindi a criteri orientativi che tengono conto della quantità di insediamenti ed in primissima approssimazione della qualità degli stessi, del numero degli abitanti, della dimensione della zona, dei bacini fluviali e lacustri, si può avanzare una ipotesi di costituzione di 11 ambiti di alimentazione di altrettanti laboratori dotati in un primo tempo di una strumentazione di base atta a garantire lo svolgimento nel più breve tempo possibile di una indagine sui fattori inquinanti dovuti a ciascun insediamento della propria zona.

L'ipotesi risulta esplicitata in dettaglio nella tabella di cui al punto 52 dell'All. 1.

Il censimento degli insediamenti svolto dal punto di vista analitico e quindi non sulla base dei dati sommari di cui si dispone attualmente, oltre a fornire dati certi sulle necessità di controllo reali del territorio piemontese, permetterà di istituire una banca unitaria di dati dalla quale potranno essere attinte ed aggiornate tutte le informazioni sulle attività, scarichi, gradi di pericolosità ecc. degli insediamenti, che oggi in maniera frammentaria e comunque molto raramente verificata, sono in possesso dei vari Enti, Comitati, Associazioni che contribuiranno alla formazione dei laboratori di sanità pubblica. È quindi indispensabile, per intraprendere questa operazione, lo studio di una scheda da trasferire su supporto automatizzabile, sulla quale possano essere riportati in forma modulare ed aggiornabile i dati riguardanti i vari campi di interesse che oggi esistono o che potranno crearsi in futuro.

Si ritiene inoltre che, sempre per questa prima fase di attività, sia opportuno che tutti i laboratori individuati sul territorio regionale inizino ad operare contemporaneamente, mentre sarà sulla base delle risultanze della indagine proposta che potranno essere individuate priorità di adeguamento delle strutture iniziali nonché l'eventuale specializzazione di alcuni laboratori in campi specifici.

6. LA FASE DI TRANSIZIONE

La politica di piano regionale deve operare attraverso un progressivo riordino della materia e il coordinamento e la gestione comune delle strutture esistenti.

Tale coordinamento potrà essere sviluppato a livello di sintesi politica, nel rispetto delle funzioni tecniche specifiche delle varie Commissioni regionali operanti in attuazione di leggi statali o regionali, da un'apposita Sezione dell'istituendo Consiglio regionale di sanità ed assistenza.

A livello organizzativo, per la migliore attuazione del piano socio-sanitario regionale in materia ambientale, appare indispensabile la formazione di una unità organizzativa flessibile, intesa come all'art. 19 e istituita come all'art. 20 della legge regionale 20-2-1979, n. 6, di cui facciano parte esperti dei Servizi regionali: osservazione epidemiologica e statistiche socio-sanitarie, scarichi industriali, smaltimento rifiuti solidi, inquinamento atmosferico, attività attuative della programmazione regionale dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali, igiene ambientale.

È necessario altresì predisporre apposite convenzioni con le varie strutture universitarie di ricerca e con altri Istituti pubblici a carattere scientifico, onde assicurare alle U.S.L., ai Consorzi di Comuni e alle Comunità Montane il supporto fondamentale delle strutture scientifiche centrali.

6.1. Analisi dell'esistente

6.1.1. *Le leggi regionali*

La Regione Piemonte si è dotata dal 1974 ad oggi, in materia di tutela dell'acqua, dell'aria e del suolo dagli inquinamenti, di un « corpus » legislativo per una parte anticipatore ed integratore e per l'altra attuatore di leggi statali.

La legge regionale n. 32/1974 « Provvedimenti per la depurazione delle acque: disciplina degli scarichi delle attività produttive », anticipando la legge n. 319/1976 (cosiddetta legge Merli), ha evidenziato la gravità e pericolosità degli scarichi in acque superficiali e in fognatura provenienti dalle attività industriali, artigianali e zoo-agricole e ha imposto, in tempi prestabiliti, precisi limiti di accettabilità degli affluenti.

La legge regionale n. 49/1977 ha modificato e integrato la sopraddetta legge adeguandola alla legge Merli: in pratica, dal novembre 1978 e fino a quando non entrerà definitivamente in vigore la tabella C della legge 319/76 integrata dalla legge 650/79, la Regione Piemonte è l'unica Regione che ha imposto definiti limiti transitori di accettabilità degli scarichi che devono essere rispettati da tutti gli impianti produttivi altrimenti soggetti a gravi sanzioni pecuniarie.

La legge regionale n. 23/1975 « Provvidenze speciali per il risanamento delle acque a favore dei Consorzi e degli altri enti locali previsti dal relativo piano regionale » ha approvato il piano regionale di risanamento delle acque e finanziato a favore dei Consorzi tra Comuni collettori consortili e impianti di depurazione delle acque in 23 aree di più accentuata degradazione con contributi pari all'80 % della spesa, elevati al 100 % con la successiva legge regionale n. 22/1979.

La legge regionale n. 31/1979, in attuazione dell'art. 2 punto *e*) della legge n. 319/1976 e dei criteri, metodologie e norme tecniche generali predisposti dal Comitato dei Ministri per la tutela delle acque dall'inquinamento, ha regolato lo smaltimento finale o non finale, diretto o indiretto, dei fanghi residuati dai cicli di lavorazione e dai processi di depurazione o potabilizzazione, dei fanghi o residui ad essi assimilabili a base non acquosa, dei liquami provenienti da insediamenti produttivi sul suolo e negli strati superficiali del suolo.

Con la legge sopraddetta la Regione si è assunta anche l'incarico di predisporre un piano dei siti idonei per lo smaltimento dei fanghi e di fissare i criteri generali per l'allestimento delle relative discariche, lasciando ai diretti interessati il compito, che loro spetta, di predisporre i progetti delle stesse in relazione alle caratteristiche dei prodotti da smaltire.

La legge regionale n. 52/1978 « Interventi per il controllo e la prevenzione dell'inquinamento atmosferico ed acustico » ha inteso dare concreta attuazione alla legge n. 615/1966 e al relativo regolamento di esecuzione per il settore delle industrie (D.P.R. n. 322/71), attraverso la predisposizione di un piano per l'istituzione di una rete di stazioni automatiche di rilevamento dell'inquinamento atmosferico e di stazioni meteorologiche, integrata da strumenti di laboratorio e da mezzi mobili, e potenziando il funzionamento dei Servizi di rilevamento dell'inquinamento atmosferico previsti dall'art. 7 della legge n. 615/1966.

La legge regionale n. 46/1975 « Interventi a favore di consorzi tra enti locali per lo smaltimento dei rifiuti solidi » ha approvato un piano orientativo per lo smaltimento dei rifiuti solidi sul territorio piemontese, privilegiando l'allestimento di discariche controllate e di impianti di trattamento volti al ricupero e alla trasformazione dei rifiuti solidi con contributi a favore dei Consorzi tra Comuni, rispettivamente in capitale nella misura del 90 % della spesa e in interesse nella misura dei 3/4 circa della spesa medesima. Con la legge regionale n. 28/1979 « Interventi a favore di consorzi tra enti locali per il trasporto dei rifiuti solidi » si è inteso favorire la realizzazione da parte dei consorzi tra Comuni dei servizi di trasporto dei rifiuti solidi agli impianti e alle discariche mediante la concessione di contributi in conto capitale nella misura del 50 % per l'acquisto di mezzi di trasporto e come integrazione dei costi annui di gestione sostenuti dal Con-

sorzio per il trasporto dei rifiuti solidi, privilegiando i Comuni più lontani dagli impianti consortili di smaltimento, e anche più piccoli, affinché possano conferire i loro rifiuti, con mezzi adeguati e oneri sopportabili, agli impianti stessi.

Merita infine ancora citare tra le leggi regionali volte alla protezione ambientale, la legge regionale n. 56/1977 « Tutela ed uso del suolo » e la legge regionale n. 68/1978 « Norme per la conservazione del patrimonio naturale e dell'assetto ambientale ».

6.1.2. *Le attività*

Convenzioni della Regione con le Province piemontesi e l'Università di Torino

La legge regionale n. 32/1974 ha affidato alle Province la vigilanza, l'analisi ed il controllo sugli scarichi delle attività produttive. Allo scopo di potenziare tali servizi sono state stipulate a partire dal 1976 apposite convenzioni tra la Regione e le Province piemontesi che hanno previsto la cessione in comodato alle Province di apparecchiature tecnico-scientifiche di laboratorio e l'erogazione di contributi per l'assunzione di personale tecnico. Sono così state concesse in comodato alle Province apparecchiature per circa 600 milioni e sono stati erogati contributi annui per circa 140 milioni che hanno permesso alle Province di immettere nei servizi di vigilanza analisi e controllo degli scarichi delle attività produttive altri 30 tecnici complessivamente. Apparecchiature e personale sono transitati alle Unità sanitarie locali in applicazione della legge 833/1978.

Nel 1976 la Regione ha anche stipulato una convenzione con l'Università di Torino, di sostegno alle convenzioni con le Province, con cui, attraverso la collaborazione degli Istituti di igiene e di analisi chimica strumentale, è stato possibile procedere alla formazione ed aggiornamento di tecnici per il controllo dell'inquinamento idrico, alla standardizzazione dei metodi di analisi delle acque di scarico, alla realizzazione di indagini e ricerche su particolari situazioni locali di degrado ambientale. Da parte sua la Regione ha dotato gli Istituti Universitari sopraddetti di apparecchiature tecnico-scientifiche, per un valore di circa 300 milioni, mettendo anche a disposizione alcuni chimici e biologi.

Consorzi per la depurazione delle acque

In attuazione delle leggi regionali n. 23/1975 e n. 22/1979 e del relativo piano regionale di risanamento delle acque - modificato ed integrato con il Piano Regionale per la Qualità delle Acque, approvato dal Consiglio Regionale con propria deliberazione n. 107-2903 dell'1-4-81 - che organizza gli interventi pubblici per la depurazione delle acque in 23 aree di intervento costituite da raggruppamenti di più Comuni scelti in base a criteri di omogeneità e di appartenenza al medesimo bacino idrografico dove si è verificata una più accentuata degradazione ambientale, si sono progressivamente costituiti dal 1975 ad oggi i Consorzi tra Comuni per la realizzazione e la gestione delle canalizzazioni e degli impianti consortili per la depurazione dei liquami provenienti dagli scarichi civili e industriali. Dei circa 300 Comuni inclusi nelle aree di intervento, oltre a 18 Comuni superiori ai 10.000 abitanti equiparati alle aree medesime, già 220 si sono raggruppati in 42 Consorzi di depurazione. A favore di quasi tutti i Consorzi costituiti e di alcuni Comuni equiparati, tra cui tutti i Capoluoghi di provincia, la Regione Piemonte ha destinato circa 300 miliardi in opere in corso di realizzazione o in fase di appalto. Tali fondi sono comprensivi di circa 155 miliardi assegnati alla Regione Piemonte sulla base dei finanziamenti di cui all'art. 4 della legge n. 650/79.

Ad oggi sono stati ultimati gli impianti di Pianezza, Collegno e Lesa di Solcio, rispettivamente a servizio dei Comuni di Alpignano - Pianezza - Rivoli, di Collegno - Grugliasco - Rivoli e Belgirate - Lesa - Meina.

Molte altre opere, tra cui tutte quelle dislocate sulla sponda piemontese del lago Maggiore, nell'area metropolitana torinese e quelle a servizio dei grossi centri urbani della Valle Scrivia, di Alessandria, di Cuneo, di Vercelli e di Novara, verranno ultimate nel prossimo biennio 1982-1983.

Censimento dei corpi idrici

Per dare attuazione agli obblighi previsti dall'art. 7 della legge n. 319/1975, la Regione ha portato a termine il censimento dei corpi idrici superficiali e sotterranei esistenti sul territorio piemontese, sia dal punto di vista quantitativo riferito alle derivazioni o utilizzazioni in atto a scopo idropotabile, irriguo, industriale, idroelettrico, ecc., sia dal punto di vista qualitativo riferito alle caratteristiche idrologiche, fisiche, chimiche e biologiche dei corpi idrici superficiali.

Con specifico riguardo al censimento qualitativo, fino ad ora, d'intesa tra Regione, Province e Università, sono stati individuati sui principali corsi d'acqua piemontesi i punti di prelievo più significativi; in corrispondenza di tali punti sono state effettuate quattro campagne di prelievi e i campioni di acqua sono stati successivamente analizzati presso i Laboratori provinciali d'igiene e profilassi e gli Istituti universitari di Analisi chimica strumentale e d'Igiene. I risultati delle analisi sono stati progressivamente raccolti su schede.

Il risultato finale di tale elaborazione dà sicuramente un contributo rilevante per definire le modalità di intervento per un progressivo e sicuro recupero qualitativo dei corsi d'acqua piemontesi.

Consorzi per lo smaltimento dei rifiuti solidi

In applicazione della legge regionale n. 46/1975 e del relativo piano orientativo per lo smaltimento dei rifiuti solidi sul territorio piemontese, che organizza gli interventi pubblici per lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani, di quelli industriali assimilabili agli urbani e dei fanghi provenienti dagli impianti pubblici di depurazione delle acque in 28 aree di intervento formate da raggruppamenti di più Comuni nell'ambito dei 15 comprensori regionali previsti dalla legge regionale n. 41/1975, si sono progressivamente costituiti dal 1975 ad oggi 19 Consorzi per il trasporto e lo smaltimento consortile dei rifiuti solidi, che interessano circa 210 Comuni in cui risiedono quasi tre milioni di abitanti, pari ai 2/3 della popolazione piemontese.

A vantaggio di quasi tutti i Consorzi costituiti la Regione Piemonte ha destinato negli anni 1975-1981 circa 5.000 milioni in capitale per l'allestimento di discariche controllate e circa 1.000 milioni in interessi per la costruzione di impianti di trattamento dei rifiuti che hanno attivato opere per circa 17 miliardi complessivamente, in parte già realizzate ed in parte in corso di realizzazione.

In particolare, a tutt'oggi, a livello di impianti, è già in funzione quello di incenerimento del Consorzio del Basso Toce e sono in fase di realizzazione quelli di riciclaggio dei Consorzi del Pinerolese e del Novarese, mentre è in fase di approvazione quello del Consorzio del Cuneese.

A livello di discariche controllate, sono già in funzione o in avanzata fase di realizzazione quelle dell'area Torino Nord, del Cuneese, dell'Astigiano, del Casalese, della Comunità Montana Valli Curone-Grue-Ossona, dell'Ovadese-Valle Scrivia, dell'Alessandrino e del Consorzio Collegno, Grugliasco e Rivoli.

6.1.3. *Le strutture*

Come già detto precedentemente, le strutture esistenti che concorreranno alla formazione dei nuovi laboratori di sanità pubblica sono rappresentate, pur con organizzazioni

e funzioni estremamente diversificate, dai laboratori provinciali di igiene e profilassi, dagli Ispettorati provinciali del lavoro, dalle sezioni dell'ENPI, dell'ANCC.

Tra tali organismi, quello di indubbio rilievo è il laboratorio provinciale di igiene e profilassi, articolato nel reparto chimico e nel reparto medico-micrografico, che ha sede in tutti i capoluoghi di Provincia. Attualmente il personale dei sei laboratori provinciali di igiene e profilassi assomma a circa 280 unità diviso in 60 laureati tecnici, in 145 tecnici di base (diplomati e non diplomati) e in 75 unità di altro personale (di segreteria e ausiliario).

Sul piano dell'attività di tutela ambientale i laboratori provinciali d'igiene e profilassi, pur nei limiti imposti dalla relativa scarsità di personale e dalla insufficienza della strumentazione tecnico-scientifica specie per il controllo delle emissioni in atmosfera, hanno fatto e stanno facendo fronte tra l'altro a tutte le analisi necessarie per le autorizzazioni degli scarichi delle industrie nei vari corpi recipienti in attuazione della legge n. 319/1976 e della legge regionale n. 49/1977, al censimento qualitativo dei corpi idrici con il coordinamento della Regione, al rilevamento dell'inquinamento atmosferico generato, in special modo, dagli stabilimenti industriali, alla vigilanza sulla salubrità delle bevande e delle sostanze alimentari, al controllo delle acque potabili erogate da sorgenti, acquedotti e pozzi e delle acque destinate alla balneazione in laghi, fiumi e piscine.

Occorre altresì tenere conto: degli Ispettorati del lavoro, articolati in sezioni mediche, chimiche e di protezione antinfortunistica e con una dislocazione a livello regionale provinciale; dell'ENPI, articolato in divisione tecnica, sanitaria e di psico-sociologia del lavoro (quest'ultima solo in Torino), che dispone di una sede regionale e di tre sedi periferiche a Torino, Alessandria e Novara; dell'ANCC che dispone sul territorio regionale di tre sedi: Torino, con competenza territoriale estesa alle Province di Torino e Cuneo, Alessandria, con competenza estesa alle Province di Alessandria e Asti, Biella con competenza estesa alle Province di Vercelli, Novara e, attualmente, alla Valle d'Aosta.

Il personale in servizio presso le strutture degli Ispettorati del lavoro, dell'ENPI e dell'ANCC si attesta complessivamente sulle 230 unità suddivise in 60 laureati tecnici, in 105 tecnici di base (diplomati e non diplomati) e in 65 unità di altro personale (di segreteria e ausiliario).

Per quanto concerne, infine, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta, le relative funzioni, già esercitate dallo Stato, sono state regionalizzate con legge 23 dicembre 1975, n. 745.

L'Istituto è ora disciplinato dalla legge regionale 15 giugno 1979, n. 29, e dal relativo accordo tra le Regioni Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta per la sua organizzazione e funzionamento, con competenza territoriale estesa alle tre regioni indicate.

L'Istituto dispone nel territorio piemontese della sede ubicata in Torino e di cinque sezioni dislocate negli altri capoluoghi di provincia.

Il personale in servizio presso tale struttura (sede di Torino e sezioni provinciali) assomma a 100 unità complessive, suddivise in 20 laureati tecnici, in 55 tecnici di base (diplomati e non diplomati) e in 25 unità di altro personale (di segreteria e ausiliario).

Per concludere, complessivamente devono transitare al servizio sanitario regionale dai laboratori provinciali di igiene e profilassi, dagli Ispettorati del lavoro, dall'ENPI e dall'ANCC circa 500 persone, che per una gran parte devono contribuire alla formazione dei nuovi laboratori di sanità pubblica e per l'altra parte costituire il primo nucleo del servizio di igiene ambientale presso le U.S.I. A costituire tali nuclei di base concorre inoltre il personale attualmente in servizio presso gli uffici comunali d'igiene.

6.2. Ristrutturazione dei laboratori provinciali di igiene e profilassi

La legge di riforma sanitaria non menziona specificamente in alcuna sua parte – salvo la loro destinazione ai Comuni – i laboratori provinciali di igiene e profilassi, la cui sorte resta pertanto affidata alle leggi regionali cui spetta la disciplina della organizzazione e riorganizzazione dei servizi che esercitano funzioni di sanità pubblica, come espressamente indicato all'art. 32.

La loro gestione art. 66 dovrà essere affidata alle unità locali dove risiedono, come per gli altri presidi attualmente gestiti dalle Province, alle quali l'art. 12 riserva – sino alla approvazione della legge di riforma delle autonomie locali – soltanto interventi di natura politica.

Per i laboratori provinciali si configura abbastanza chiaramente – almeno per alcuni dei compiti e delle funzioni espletate, come per altri che la legge regionale potrà prevedere – una collocazione all'interno di servizi multizonali che assolvono funzioni di esclusivo livello centrale (o di secondo livello) per le U.S.L. prossimiori oltre che per le U.S.L. in cui sono collocati; alcune delle funzioni centrali potranno avere qualificazione tale da valere anche per tutto il territorio regionale.

A questo proposito, onde evitare una gerarchizzazione in senso qualitativo, sarebbe importante che i laboratori provinciali vengano specializzati per specifiche materie (non per settori di intervento verticali) per raggiungere il massimo di qualificazione ed il minimo di duplicazione delle strutture e delle strumentazioni. A titolo di esempio si potranno avere qualificazioni per l'analisi di alimenti, oppure delle acque o dell'aria, ecc., alcuni laboratori potranno essere specializzati nella tossicologia di particolari fattori di rischio (pesticidi ed erbicidi, polveri vegetali e minerali, ecc.); naturalmente sempre salvaguardando ad ognuno di essi il complesso di tutte le attività da assolvere comunque per il territorio di competenza.

Nell'ipotesi di non costruire *ex novo* presidi e strutture, ma di utilizzare e riconvertire per intero l'esistente (al di là di qualsiasi giudizio nel merito delle capacità e delle funzioni garantite oggi da tali servizi) ai laboratori di igiene e profilassi vanno attribuite tutte le funzioni relative alla tutela dell'ambiente (micro e macro-clima) di livello centrale, identificando in essi le strutture tecniche attraverso cui (assieme a quelle già oggi presenti negli uffici di igiene comunali) Regione e Comuni espletano le funzioni cosiddette di sanità pubblica, così come a livello centrale lo Stato si avvale dell'Istituto Superiore di Sanità del quale i laboratori provinciali opportunamente riorganizzati come laboratori di sanità pubblica dovrebbero costituire il corrispettivo periferico.

In primo luogo sarà necessario ed opportuno andare ad una riconversione delle attività svolte, eliminando quelle improprie (come le analisi chimico-cliniche che spesso assorbono pressoché totalmente le sezioni medico-micrografiche) che vanno ricondotte nelle loro sedi naturali e riducendo al massimo le attività esercitate per conto di terzi non strettamente di istituto.

Il problema si pone in termini diversi per le sezioni in cui i laboratori provinciali sono oggi distinti.

Le *sezioni medico-micrografiche* dovranno rivolgere la loro attenzione in particolare ai controlli microbiologici (batteriologici, virologici, parassitologici) dell'acqua, del suolo e dell'abitato, degli alimenti, come di ogni altro materiale (farmaci ad es.) per le esigenze della salute pubblica, e quelli sulle persone a scopo preventivo ed a fini epidemiologici. Particolari competenze in campo chimico-clinico potranno venire utilizzate per funzioni particolari, come indagini tossicologiche per esposti a rischi particolari (in agricoltura, nell'industria, artigianato, ecc.) tanto a fini preventivi che epidemiologici.

Le sezioni *chimiche* (che per lo più hanno conservato maggiore aderenza alle funzioni di istituto ed hanno svolto mansioni più tipicamente di sanità pubblica, anche se ta-

lora limitatamente alla gestione delle leggi 615 e 319) richiedono soprattutto interventi di potenziamento e di riorganizzazione per renderle in grado di assolvere anche il complesso di nuove attività che vengono loro attribuite; basti solo accennare a quelle relative al controllo degli inquinanti in ambiente di lavoro, degli inquinamenti del suolo e delle acque da attività agricole (già del resto in qualche caso presenti).

Dal punto di vista organizzativo (senza per ora entrare nel merito di una revisione completa della struttura) sembra opportuno procedere ad una articolazione interna in settori di lavoro, a cavallo delle due sezioni, con personale misto; appare altresì opportuno procedere ad una articolazione territoriale (presente già a Torino) di sezioni staccate, ove le dimensioni del territorio servito siano molto ampie e le specifiche condizioni dello stesso richiedano un potenziamento dei servizi.

7. PREVISIONI DI PIANO PER IL TRIENNIO 1982-84

7.1. Aspetti operativo-organizzativi

Le indicazioni programmatiche per questo specifico settore non presentano particolari innovazioni, se non sotto il profilo organizzativo-strutturale, in quanto sotto quello strettamente operativo si tratta di proseguire e completare quanto già messo in atto o predisposto con gli strumenti ricordati nel capitolo precedente, al paragrafo 6.1.

Ci sembra pertanto necessario sottolineare soltanto quelle iniziative che consentano, alla luce della legge di riforma, la riorganizzazione ed il riordino dei servizi e la loro distribuzione nell'ambito del nuovo assetto della organizzazione sanitaria e sociale.

A livello di base si dovrà innanzitutto procedere al riordino degli uffici comunali di igiene, alla loro fusione organizzativa con le unità di base già in funzione, onde dare avvio alla costituzione del servizio di igiene ambientale della Unità sanitaria locale e riunificare in tal modo tutte le competenze necessarie alla tutela dell'ambiente, mettendo a disposizione degli operatori dei distretti tutte le competenze tecniche (per il prelievo, la esecuzione di controlli ed analisi) necessarie all'espletamento delle funzioni a tal fine previste.

A livello centrale si dovrà procedere al riordino dei laboratori di igiene e profilassi secondo le indicazioni dei capitoli precedenti.

Negli ambiti territoriali sprovvisti di laboratorio di sanità pubblica, si potrà andare alla costituzione di un primo embrione di esso mediante il distacco di personale e strumentazioni dagli attuali laboratori provinciali e degli Enti disciolti, dei quali ultimi, possono essere utilizzate le sedi presenti negli ambiti suddetti.

La creazione delle sedi nelle zone sprovviste deve essere ritenuta preminente e la realizzazione dei primi nuclei dovrebbe avvenire già nel primo anno di validità del piano, contestualmente al processo di ristrutturazione dei laboratori provinciali esistenti.

7.2. Gli investimenti

In questa sede vengono proposti soltanto investimenti relativi alla organizzazione dei servizi per il controllo, centrali e periferici, sulla base delle indicazioni previsionali descritte nel paragrafo immediatamente precedente, senza entrare nel più vasto contesto della protezione ambientale, nel quale sono ricomprese tutte le azioni programmatorie della Regione destinate al fine complessivo.

Si propone che tali investimenti siano destinati:

a) alla dotazione delle unità locali della strumentazione minima per prelievi, semplici controlli analitici, ivi compresi quelli descritti nel capitolo dedicato al progetto-obiettivo tutela della salute dei lavoratori;

b) alla costituzione delle cinque nuove sedi di laboratori di sanità pubblica, previste nel capitolo 5. Gli investimenti dovranno preminentemente essere rivolti all'acquisto di strutture strumentali per la costituzione dei supporti laboratoristici di base, da completare nell'arco del triennio, anche tenuto conto del recupero di strumentazioni delle attuali sedi dei laboratori provinciali, dall'ENPI, dall'ANCC, dagli Ispettorati del lavoro. Salvo verifiche nelle zone indicate come sedi delle nuove cinque sedi, non dovrebbero essere effettuati investimenti immobiliari in quanto gli edifici dove collocare le strutture laboratoristiche dovrebbero essere ottenuti dalla riconversione di immobili già destinati ad altri usi, secondo le indicazioni contenute nelle schede a suo tempo inviate ai comprensori ed alle zone.

Allegato n. 4 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

EDUCAZIONE SANITARIA

È questo uno dei temi di maggior rilievo tra i criteri innovatori dei servizi, per essere quello sul quale si è meno soffermata l'attenzione del mondo sanitario e socio-assistenziale – e quindi per giungere nuovo e improvviso e per l'enfasi che su di esso viene posta come strumento attraverso il quale dovrebbero trovare realizzazione la prevenzione e la partecipazione.

L'educazione sanitaria viene posta infatti tra le prime attività delle future Unità sanitarie locali e nell'ambito dei compiti del personale del distretto di base viene considerato preminente quello educativo e di promozione della partecipazione dei cittadini.

Nel nostro paese l'educazione sanitaria è praticamente rimasta assente dalle discussioni che hanno agitato l'opinione pubblica attorno ai temi della riforma e di una nuova gestione dei servizi socio-sanitari

L'educazione sanitaria *non deve essere:*

– spinta al consumismo (medico, farmacologico, ospedaliero, diagnostico);

– strumento per ottenere risparmi o economie nei consumi, da far pesare esclusivamente sul cittadino, senza altri interventi di carattere strutturale;

– propaganda o trasmissione di ideologie dominanti (tutto il potere al medico, onnipotenza miracolistica della scienza medica, centralità dell'ospedale e della clinica nella risoluzione dei problemi sanitari);

– diffusione enciclopedica dei contenuti della medica.

Essa al contrario deve essere concepita come lo strumento base per la realizzazione della partecipazione e di conseguenza per una reale applicazione della prevenzione primaria, intesa come intervento destinato alla analisi e rimozione dei fattori di rischio che minacciano la integrità fisica, psichica e sociale di tutti i cittadini.

Essa è dunque lo strumento attraverso il quale ogni cittadino acquisisce la capacità di:

a) analizzare l'ambiente in cui vive e lavora, i rischi che in esso sono presenti, i danni che da questi ultimi possono derivare;

b) acquisire una coscienza critica sui problemi sanitari e sociali connessi in qualche modo con la conservazione dello stato di salute;

c) modificare il proprio comportamento, in modo che da esso non derivino danni alla sua integrità ed in modo di usare e gestire correttamente i servizi;

d) adottare comportamenti collettivi validi alla trasformazione degli ambienti di vita e di lavoro, in modo di eliminare in essi i fattori di rischio e le cause di nocività.

Per i caratteri insiti nella sua definizione, l'educazione sanitaria non si pone come una disciplina a sé stante, bensì come un complesso organizzato di conoscenze, che ricomponga diverse branche del sapere attorno ad un nucleo centrale (quello dell'igiene) per consentire alla popolazione di possedere:

a) la conoscenza del proprio corpo, delle sue funzioni, dei suoi limiti, delle sue possibilità;

b) la conoscenza dei fattori di rischio in rapporto all'ambiente (fisico e sociale);

c) la conoscenza dei rapporti fra uomo-uomo, uomo-ambiente e delle reciproche influenze.

Si tratta di un insieme di conoscenze che coinvolgono disciplinariamente gli operatori sanitari e sociali, i quali debbono poterle trasmettere in modo unitario e non separato a tutti i cittadini, nelle diverse condizioni di sani e di malati.

Sul piano operativo l'educazione sanitaria non individua un corpo separato di specialisti, ma è funzione di tutti gli operatori che vengono in qualsiasi modo in contatto con la popolazione, particolarmente esercitabile a livello di base. Ne consegue che essa deve essere considerata parte integrante delle attività quotidianamente espletate, che va esercitata in forma ordinaria e continuativa, nel contatto occasionale con il paziente. Inoltre essa diviene attività opportunamente organizzata sia nelle iniziative rivolte a tutti i cittadini per l'informazione e l'approfondimento attorno a particolari problematiche, sia nell'attività specifica di quei servizi che si esplicano con interventi di natura di per sé educativa. A titolo di esempio si indicano le attività consultoriali per la procreazione responsabile e l'assistenza alla donna in stato di gravidanza, quelle per la protezione materno-infantile, per la preparazione a particolari situazioni (ad es. il pensionamento), per la discussione di problematiche relative all'analisi di particolari fattori di rischio e ad interventi profilattici specifici (vaccinazioni, disinfezioni, disinfestazioni, ecc.).

Un luogo particolare per l'espletamento delle attività di educazione sanitaria è rappresentato dalla struttura formativa del paese, la scuola, alla quale deve essere necessariamente richiesto di operare per la costituzione di un sapere di base anche nei confronti dei problemi del mantenimento e della difesa dello stato di salute e per la acquisizione di comportamenti (collettivi ed individuali) sanitariamente corretti, nella fase in cui è in formazione il futuro cittadino.

Un ruolo specifico in materia di educazione sanitaria spetta senza dubbio ai Comitati di partecipazione della legge 833 (art. 13) e della legge regionale n. 39 dell'8-8-1977 (art. 7).

Sotto il profilo organizzativo l'educazione sanitaria appare essenzialmente come funzione pressoché esclusiva degli operatori di primo livello e dei servizi di base, pur essendo svolte comunque da tutti gli operatori (anche di servizi integrativi o multizonali) quelle valenze educative richieste nel contatto di ciascuno di essi con il cittadino od il paziente.

Nei presidi di base ed in quelli integrativi dovranno essere previsti spazi adeguati per la riunione dei gruppi di popolazione, per lo sviluppo delle attività educative e consultoriali, indispensabili per una pratica nuova, indirizzata al dialogo con il sano, a fini eminentemente preventivi.

A livello di U.S.L., dovrà essere organizzato un momento di coordinamento, di direzione unitaria ed appoggio alle attività svolte in periferia, di fornitura di sussidi e materiale didattico, per il cui espletamento occorre un numero ristretto di operatori (uno o due educatori sanitari specializzati, tecnici) operanti nell'ambito del centro di formazione continua della zona.

In alcune unità locali sarà necessario prevedere un potenziamento della struttura centrale per l'educazione sanitaria, con la presenza di tecnici capaci di preparare materiale educativo e sussidi di vario genere, di organizzare attività di formazione continua, riqualificazione ed aggiornamento dei restanti operatori, con competenze multizonali.

A livello regionale non si vede la necessità di alcuna struttura organizzativa, salvo le attività di pianificazione e di indirizzo, della promozione di attività formative di studio e di ricerca, da svolgere mediante le strutture zonali e multizonali, in collegamento con le Università ed altre istituzioni di ricerca.

Proposte operative

La Regione deve svolgere nell'ambito dell'educazione sanitaria funzioni di programmazione generale, di riferimento e coordinamento tecnico metodologico nonché effettuare interventi diretti su tematiche di ambito regionale.

A tale scopo viene istituita una commissione di lavoro formata, ai sensi della legislazione regionale vigente, da funzionari degli Assessorati regionali alla sanità, all'istruzione e da esperti nominati dai medesimi assessori.

Tale commissione, nell'ambito dell'indicazione del piano sanitario regionale ed in rapporto col consiglio sanitario regionale e con l'osservatorio epidemiologico svolge i seguenti compiti:

a) proposizione alla Giunta Regionale di iniziative di educazione sanitaria di livello regionale o a supporto di carenze delle Unità sanitarie locali;

b) coordinamento tecnico metodologico generale delle iniziative di educazione sanitaria;

c) assicurare i rapporti con il mondo della scuola, con le associazioni e le organizzazioni del lavoro, con le attività culturali e operative nazionali e internazionali anche in funzione di assicurarsi apporti specialistici;

d) assicurare i rapporti con strutture di informazione pubbliche e private;

e) collegamento con i gruppi di lavoro eventualmente costituiti presso il dipartimento dei servizi sociali in relazione alla formazione e all'aggiornamento del personale delle U.S.L.;

f) coordinamento delle iniziative esistenti per dotare biblioteche, cineteche, ecc.

L'educazione sanitaria è compito specifico del livello di base e quindi indispensabile che in ogni U.S.L. un operatore sanitario acquisisca la necessaria competenza metodologica per esercitare l'opportuno coordinamento delle iniziative distrettuali. Inoltre a livello di U.S.L. deve essere assicurato il collegamento con i distretti scolastici e con gli altri organi collegiali della scuola, al fine di concordare le opportune iniziative di aggiornamento degli insegnanti e garantire ogni possibile appoggio alla programmazione dell'attività didattica rivolta all'educazione sanitaria.

Particolare attenzione dovrà essere poi posta ai rapporti con le organizzazioni sindacali di zona.

La formazione degli operatori designati dalle U.S.L. dovrà essere svolta a livello regionale anche in contatto con gruppi sperimentali presenti in altre regioni.

Primo compito di tali operatori dovrà essere l'organizzazione di un gruppo operativo pluridisciplinare per l'educazione sanitaria alle dirette dipendenze dell'ufficio di direzione della U.S.L.

Primi adempimenti a livello regionale:

– formazione della commissione di lavoro per l'educazione sanitaria;

– rapporto operativo con i Provveditori agli studi;

– rapporto operativo con le OO.SS., con gli ordini e i collegi professionali;

– direttive alle U.S.L. sulle procedure di piano sull'educazione sanitaria;

– produzione di materiali informativi a carattere generale;

– organizzazione di corsi di formazione per operatori di U.S.L.;

– organizzazione di una conferenza regionale per operatori.

Primi adempimenti a livello di U.S.L.:

– individuazione dell'operatore sanitario referente a livello di U.S.L.;

– partecipazione del medesimo alle iniziative regionali di formazione;

– creazione del nucleo operativo pluridisciplinare in ogni U.S.L.;

– rapporto con i distretti scolastici ed i vari organi previsti dai decreti delegati per la scuola;

– rapporto con le organizzazioni sindacali di zona e le associazioni e gli ordini e i collegi professionali.

Allegato n. 5 alla legge
[illegible] socio sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

SISTEMA INFORMATIVO

1. COMPETENZE

I riferimenti legislativi che delineano gli adempimenti relativi all'organizzazione del sistema informativo sanitario della legge 833/78 sono contenuti nell'art. 27 e nell'art. 58.

Dai succitati articoli, scaturiscono alcuni compiti fondamentali dello Stato, delle Regioni e dell'U.S.L.

Lo *Stato* deve:

a) inserire nel piano sanitario nazionale « programmi di attività » per la rilevazione e gestione delle informazioni epidemiologiche, statistiche e finanziarie;

b) dettare norme, con decreto del Ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, per i criteri in ordine alla scelta dei campioni di rilevazione e la standardizzazione e comparazione dei dati nel piano nazionale e regionale;

c) attuare attraverso l'Istituto superiore di sanità la parte epidemiologica spettantegli dei programmi di attività compresi nel piano sanitario;

d) approvare, con decreto del Ministro della Sanità, il modello del libretto sanitario individuale;

e) stabilire, con decreto del Ministro della Sanità, il modello dei registri dei dati ambientali e biostatistici;

f) definire all'interno T.U. sulla sicurezza del lavoro, le procedure per le acquisizioni epidemiologiche in materia di salute e sicurezza del lavoro.

Alla *Regione* spetta:

a) provvedere nell'ambito dei programmi di cui al piano sanitario nazionale, ai servizi di informatica organizzati in base alle articolazioni del S.S.N.;

b) utilizzare i dati epidemiologici per il miglioramento e l'aggiornamento delle attività sanitarie.

Alle *U.S.L.* spetta:

a) comunicare i dati accertati e diffonderne la conoscenza anche a livello del luogo di lavoro, di ambiente e di residenza, sia direttamente, sia tramite gli organi del decentramento comunale, ai fini anche di una corretta gestione di registri e libretti, e le rappresentanze sindacali;

b) fornire e compilare il libretto sanitario personale e gestire ogni altro strumento informativo gestionale;

c) utilizzare i dati epidemiologici per il miglioramento e l'aggiornamento delle attività sanitarie, in particolare costruendo mappe di rischio.

I compiti delle U.S.L. quali scaturiscono sia direttamente sia indirettamente dai compiti affidati alla Regione mettono in evidenza l'importanza di un'altra articolazione operativa del S.S.N.: il distretto sanitario di base.

2. I LIVELLI DEL SISTEMA INFORMATIVO

I tre livelli di gestione del sistema informativo regionale sono quindi già chiaramente delineati da una corretta lettura della L. 833/78:

- il distretto socio-sanitario,
- la U.S.L.,
- la Regione.

È vero che il distretto sanitario non viene espressamente nominato, ma quando l'art. 58 fa riferimento alle « articolazioni » del S.S.N. viene introdotto di fatto il distretto anche nel sistema informativo, cosa che d'altronde fanno le norme sulla prevenzione in materia di lavoro quando attribuiscono precisi compiti ai normali servizi di diagnosi e cura, e quindi ai distretti medesimi.

L'art. 27 si può considerare poi pressoché interamente riferito alle attività di distretto, e lo stesso dicasi del comma *b*) dell'art. 20.

Non è solo tuttavia per tali riferimenti legislativi che il distretto si evidenzia come titolare di ruolo specifico ed anzi prioritario nel sistema informativo socio-sanitario ma anche per la sua funzione insostituibile nei riguardi della partecipazione.

Due sono le direzioni del flusso informativo:

a) la raccolta e la elaborazione dell'informazione;

b) la socializzazione e la diffusione della medesima.

Nei riguardi della prima direzione ogni livello di gestione deve:

a) raccogliere l'informazione;

b) valutarla e convalidarla;

c) trasferire a livello più centrale le informazioni necessarie per ulteriori elaborazioni;

d) operare delle elaborazioni e sintesi dei dati.

Nei confronti della seconda direzione devono esistere per ciascun livello precisi rapporti con la partecipazione:

a) per convalidare l'informazione;

b) per socializzarla e diffonderla.

Ogni livello più periferico deve comunque considerarsi sempre « partecipativo » rispetto a quello centrale.

È quindi evidente che non esistono livelli gerarchizzati nel sistema informativo, ma solo livelli funzionali, in quanto la piramide di ascesa verso l'elaborazione e la sintesi dell'informazione deve essere costruita in funzione, e di fatto dipende, dal ruolo conferito alla partecipazione, considerato che ad ogni livello esiste la possibilità e quindi l'assoluta convenienza di far rifluire in basso elementi di conoscenza. D'altra parte il flusso in discesa capovolge la piramide anche per le informazioni più sofisticate a livello regionale.

Il vero supervisore è quindi in ultima analisi la partecipazione, nelle sue varie espressioni (gruppi di fabbrica, cittadini in ciascun distretto, comitati zonali di partecipazione, etc.).

La differenza tra l'attività dei singoli livelli, funzionalmente collegati, va nella direzione: massima quantità/qualità minima, minima quantità/qualità massima.

La prima situazione è tipica del distretto, la seconda del livello regionale, con situazione intermedia a livello di U.S.L.

In altre parole spetta al distretto raccogliere la massima quantità di informazione e da esso affluirà alla U.S.L. una informazione già selezionata, interpretata e quantitativamente ridotta. Una selezione ulteriore, con riduzione ancora maggiore, verrà effettuata nella U.S.L. sull'informazione da inviare alla Regione, che a sua volta si comporta in modo analogo nei confronti dello Stato. Spetta in ogni caso al livello funzionale superiore individuare quali informazioni e secondo quali standards devono confluire le informazioni dai livelli inferiori.

Nei riguardi della sofisticazione del sistema è evidente come alla base non siano prevedibili che procedure manuali, con progressiva meccanizzazione del sistema verso livelli superiori.

Ogni flusso informativo sistematico deve comunque procedere sia in ascesa che in discesa attraverso i diversi livelli senza *saltarne alcuno*; ogni livello è quindi riferimento obbligato sia in ascesa che in discesa verso il livello superiore o inferiore.

Ciò in quanto tra l'altro non debbono esistere flussi

informativi raccolti fuori della normale attività che si svolge ai vari livelli.

Esistono flussi orizzontali di informazioni tra i distretti della medesima U.S.L. o anche da altre U.S.L. riguardanti abitanti del distretto, rilevati o segnalati in altro distretto, come esistono per ogni U.S.L. la possibilità e la necessità, per gli stessi motivi, di rapporti orizzontali con altre U.S.L.

3. CARATTERI DEL SISTEMA INFORMATIVO E SUA IMPOSTAZIONE

Ogni sistema informativo appare allo stato attuale assumere due polarità fondamentali: esso tende ad essere *gestionale* o *decisionale*.

Nel caso di un sistema informativo sbilanciato verso la prima polarità, esso tenderà ad essere constatativo (a rilevare cioè informazioni quantitative), a seguire logiche di esercizio e di gestione, a richiedere notevoli gradi di meccanizzazione e di sofisticazione, a disporre di una organizzazione centralizzata con raccolta sistematica.

Nel caso di sbilanciamento verso un sistema decisionale esso tenderà ad essere valutativo (a raccogliere cioè informazioni qualitative), ad essere occasionale, a riguardare informazioni sovra-individuali raccolte informalmente.

Nessuna delle due polarità può da sola improntare completamente un sistema informativo realisticamente concepito.

Le due polarità dovranno caratterizzare entrambe il sistema informativo garantendo da un lato l'efficacia gestionale indispensabile, poiché la raccolta dell'informazione non può non derivare direttamente dalle procedure gestionali, dall'altro accrescendo progressivamente le possibilità decisionali.

Il criterio della decisionalità, cioè dell'utilità dell'informazione per adottare decisioni operative ad ogni livello, deve connotare la crescita progressiva del sistema.

In ogni caso il sistema informativo deve nascere in relazione agli obiettivi della riforma e la crescita del sistema deve accompagnare l'adozione degli strumenti di programmazione e di verifica dell'intervento (piano sanitario regionale, bilancio, programma di U.S.L., schemi operativi distrettuali, relazioni conoscitive: di distretto, di U.S.L. regionali, etc.).

In definitiva deve nascere in riferimento al territorio, deve conferire un ruolo preciso alla partecipazione, deve prevedere procedure semplici, deve tendere a rilevare i rischi e non i danni.

Un sistema informativo così concepito deve nascere e svilupparsi progressivamente, almeno per la parte decisionale, partendo da uno o due settori di intervento ed interessando successivamente tutto l'intero comparto socio-sanitario.

A titolo esemplificativo riportiamo uno schema applicativo da attuare contemporaneamente alle prime proposte di programmazione nelle U.S.L.:

Fasi temporali	*Strumenti*
1) Preparatoria sulla base delle informazioni disponibili e reperibili da tutte le fonti possibili	1) Incontri, dibattiti, assemblee, ecc.
2) Formulazione della proposta di intervento	2) Ipotesi minima di rischi su cui intervenire
3) Verifica (tecnica e con livelli partecipativi)	3) Convalida delle ipotesi
4) Riformulazione della proposta	4) Programma definitivo

Nella prima fase lo strumento informativo di partenza è costituito dalle piattaforme che il gruppo (od i gruppi) di popolazione interessata ha prodotto e dalle richieste che ha indirizzato agli organi di governo della U.S.L.

Il programma informativo definitivo è bene venga espresso sia su base propositiva che di verifica attuativa, in riferimento:

- al gruppo (ai gruppi)
- ai rischi specifici
- al programma (già svolto o da svolgere)
- agli strumenti del programma
- alle fasi del programma
- allo stato di avanzamento
- alla valutazione di efficacia.

L'informazione così raccolta tenderà esclusivamente a fornire elementi decisionali sia al distretto di base che alla U.S.L.

Il sistema di informazioni già esistente, e quello riferito agli aspetti più specificamente gestionali, debbono essere ricondotti ai flussi così attuati e secondo i livelli di supervisione nuovi, consentendo l'accumulo dell'informazione in modo guidato, nei luoghi dove si esprime al più alto livello la partecipazione della popolazione ed il suo controllo sull'intero sistema.

4. LE SPECIFICITA' DEL SISTEMA INFORMATIVO ALLA SANITA'

Le componenti strutturali del sistema informativo sono sostanzialmente tre:

a) *l'assetto organizzativo* del sistema su cui si vuole applicare, che potremmo chiamare « sottosistema organizzativo », nel quale vengono definite le caratteristiche delle varie componenti strutturali (servizi, presidi, strumenti, personale, funzioni, compiti), le sedi di governo (centri decisionali, centri esecutivi, responsabili amministrativi, responsabili tecnici, ecc.), nonché le gerarchie di potere che si desidera vengano rispettate nella gestione, utilizzazione e controllo dell'informazione (responsabili politici, supervisore, partecipazione);

b) il *sistema informativo* propriamente detto, che chiameremo « sottosistema informativo », nel quale sono fissate tutte le modalità per la raccolta, elaborazione, circolazione, distribuzione dell'informazione; le modalità del suo uso ai fini del governo e dell'esercizio; i moduli su cui l'informazione cammina; le sedi di raccolta e quella di elaborazione; le stazioni ed i flussi delle correnti informative, la direzione delle stesse;

c) l'insieme degli *strumenti per il trattamento dell'informazione* (manuali, automatici, semi-automatici, misti) che chiameremo « sottosistema informatico », in esso saranno esaminate le varie opportunità da adottare nelle varie parti del sistema complessivo, le sedi di collocazione delle varie strumentazioni, le parti di informazioni da trattare automaticamente e manualmente.

4.1. Il sottosistema organizzativo

Esso è definito nel piano sanitario per tutto quello che si riferisce all'assetto delle strutture che compongono il servizio sanitario e nelle varie leggi (dalla 392 alla 833) che hanno via via riordinato l'assetto istituzionale e fissato abbastanza chiaramente le competenze degli organi di governo della sanità ai vari livelli dello Stato, Governo centrale, Regioni, Comuni.

Ai fini della costruzione del sistema informativo sarà opportuno ricordare soltanto che:

– agli organi centrali dello Stato competono funzioni di indirizzo generale di formulazione delle leggi quadro, di approntamento dei piani triennali, di ripartizione dei finanziamenti e poche attribuzioni di carattere strettamente operativo;

– tutte le funzioni in materia di sanità sono state trasferite o delegate alle Regioni e da queste ai Comuni, che le esercitano attraverso le Unità sanitarie locali.

Ne risulta una divisione precisa tra poteri di governo (legislativi, pianificatori, di programmazione) e funzioni di esercizio (*gestione delle strutture, applicazione dei piani e dei programmi, approntamento e messa in atto delle metodologie, ecc.*) dalla quale derivano altrettante precise indicazioni da utilizzare per la costruzione del sistema informativo:

– alle strutture cui competono i controlli sull'esercizio è riservata la sola informazione gestionale;

– agli organi di governo vanno le informazioni necessarie a questa funzione, con gradi diversi di selezione e di aggregazione, a seconda del livello di decentramento degli stessi: tutta la informazione col minimo di aggregazione al Comune (ed al distretto sanitario), una informazione ridotta quantitativamente ma di maggiore significatività perché maggiormente aggregata, alle Regioni e agli organi centrali dello Stato.

In questa divisione delle attribuzioni esiste una totale subordinazione della informazione di esercizio a quella di governo e che anzi il sistema informativo deve essere concepito soprattutto in funzione della seconda; essa infatti deve essere in grado di garantire tutti gli elementi con cui è possibile esercitare il potere, fornendo tutti i dati in base ai quali sia possibile effettuare scelte tali da soddisfare le reali esigenze e fabbisogni della popolazione per la quale il sistema da cui si trae l'informazione è costruito.

Le gerarchie degli organi di governo sono chiaramente indicate nella L. 833 e nelle leggi sul decentramento che si rifanno direttamente alla costituzione: il massimo delle competenze ai Comuni, singoli od associati, riservando a Regioni, Ministeri e Governo centrale funzioni residue di indirizzo, coordinamento e pianificazione.

Al primo livello nella scala dei poteri la 833 colloca la popolazione, finalizzando alla partecipazione tutto il sistema sanitario e vincolando ad essa tutte le scelte e gli atti che da queste derivano, delle Unità sanitarie locali.

Ne consegue che i destinatari principali ma soprattutto i controllori dell'informazione di governo sono appunto la popolazione, nel suo insieme di soggetti individuali e collettivi ed i Comuni, quindi in successione gerarchica Regioni e organi centrali dello Stato.

Tutto ciò – e questo è anche uno dei nodi più importanti della 833 ed alla sua realizzazione – rovescia chiaramente il disegno sinoggi presente nel paese ed in particolare nel servizio sanitario delle mutue e degli ospedali e ribalta parimenti un sistema informativo basato su una totale centralizzazione dei dati negli archivi dell'ISTAT e nei depositi centrali delle varie istituzioni mutuo-previdenziali.

4.2. Il sottosistema informativo

4.2.1. *Tipologia dell'informazione*

a) Le *informazioni per il governo* si basano sostanzialmente su dati che possono essere raggruppati in tre grossi gruppi: 1°) quelli che riguardano *lo stato* delle collettività e gli *effetti* prodotti dalle varie attività del sistema; 2°) quelli relativi alle *attività* del sistema sanitario; 3°) quelli relativi all'*impiego delle risorse* ad esse destinate.

Nel *primo gruppo* (dati relativi agli effetti, indicatori di attività) comprendiamo l'informazione che riguarda:

– i fattori di rischio presenti nell'ambiente (aria, acqua, suolo, abitazioni, città, luoghi di lavoro e di svago), negli alimenti, nell'uomo e negli altri animali;

– lo stato di salute della popolazione, singolarmente o a gruppi (quella che è la principale risultante dall'osservazione epidemiologica);

– i caratteri demografici della popolazione;

– i caratteri socio-economici più importanti, relativamente alla popolazione;

– i caratteri territoriali.

Nel *secondo gruppo* (dati relativi alle attività, indicatori di efficienza) comprendiamo tutta la informazione che consente di misurare il grado di funzionamento dei servizi, il loro uso da parte della popolazione, il grado di soddisfazione di quest'ultima:

– quantità delle prestazioni erogate, per servizi, per singoli presidi, per operatori;

– qualità delle prestazioni erogate sia in rapporto alla strumentazione che riguardo agli operatori;

– accessibilità alle prestazioni;

– accettabilità delle prestazioni;

– tempestività di erogazione delle prestazioni;

– ecc.

Nel *terzo gruppo* (dati relativi all'impiego delle risorse, indicatori di efficienza) è compresa tutta la informazione relativa ai consumi ed alla spesa effettuata nei vari comparti di intervento del servizio sanitario. Non c'è bisogno di indicare in questa sede la modalità di distribuzione delle informazioni relative alla parte finanziaria, che sono definite in dettaglio nelle leggi di contabilità pubblica nazionali e nelle leggi regionali di contabilità e di bilancio delle Unità sanitarie locali.

Questo tipo di informazioni è destinato da un lato agli organi di governo e dall'altro alla popolazione. Nel primo caso essa ha verso centripeto e viene periodicamente organizzata in forme sintetiche (il grado di aggregazione varia a seconda del livello di governo cui è destinata) in rapporto alle cadenze stabilite nel piano o su richiesta degli stessi organi di governo (controlli di supervisione). In alcuni casi la raccolta di informazione è già stabilita per legge: la rendicontazione di bilancio è trimestrale, la relazione sullo stato di salute della popolazione è annuale, ad esempio.

La informazione destinata alla popolazione ha verso centrifugo e deve avere il minimo di aggregazione ed il massimo di distribuzione in tutti i livelli di presenza della popolazione (il distretto socio-sanitario, il piccolo paese, la frazione, il quartiere, la fabbrica, la scuola e le altre forme di collettività, ecc.).

Essa viene redistribuita in forma continuativa nel contatto degli operatori con la popolazione e periodicamente nei confronti delle istanze rappresentative della popolazione (comitati di partecipazione, consigli di quartiere, consigli di distretto scolastico, di istituto e di circolo didattico, ecc.), secondo un piano programmato o su semplice richiesta di queste ultime. Le forme minime di aggregazione per questo tipo di informazione sono già in parte stabilite dalla stessa legge 833: i libretti individuali, sanitari e di rischio, ed i registri dei dati ambientali e dei dati biostatistici, riferiti a gruppi significativi della popolazione (gruppi omogenei).

La raccolta, il trattamento e la redistribuzione di questo tipo di informazione devono essere concepiti in modo tale da consentire in modo continuo il cosiddetto controllo di supervisione, vale a dire verifiche di merito da parte degli organi di governo e della popolazione, acciocché della informazione stessa non si faccia un uso distorto, ai fini di potere di gruppi o di determinati interessi di parte; a tale scopo il sistema informativo dovrà prevedere sistemi di valutazione di tutte le operazioni svolte dal servizio sanitario e concepito in maniera tale da consentire il processo della cosiddetta « validazione consensuale » da parte della popolazione.

b) Le *informazioni per il servizio* (o l'esercizio) si basano fondamentalmente su dati che riguardano alcuni grossi comparti:

1°) richieste di interventi o di prestazioni, dal distretto a tutti i vari servizi della U.S.L. o della Regione (pronto intervento, prenotazione visite, prenotazione analisi, o al-

tri interventi strumentali, prenotazione ricoveri, accesso guardia medica, richiesta interventi fiscali, ecc.);

2°) scambi di informazioni tra i diversi uffici, servizi, presidi della U.S.L. e della Regione (trasmissione di referti, trasmissioni di schede, compilazione di elenchi, cancellazione, spostamenti, ecc.);

3°) gestione del personale, gestione dei materiali, pagamenti, ecc.

Questo tipo di informazione ha un carattere sostanzialmente autonomo, non è gerarchizzata ed ha un andamento circolare, deve essere consentita da un sistema continuo di interscambio tra i diversi punti di erogazione di una prestazione o dovunque sia collocata una struttura di servizio; essa è sostanzialmente autonoma dai livelli di governo e non abbisogna della supervisione continua, salvo i controlli che gli organi gestionali riterranno opportuno predisporre.

4.2.2. *Le sedi di raccolta della informazione*

Indipendentemente dal destino e dall'uso che ne dovrà essere fatto (ai fini del governo o della gestione) le sedi presso le quali raccogliere le informazioni possono essere individuate genericamente in tutti i punti in cui viene espletata una azione che concorre al fine ultimo del servizio sanitario e in tutti i luoghi dove esistono notizie utili al completamento di detti fini (archivi o depositi di dati vari, non espressamente inerenti la sanità: anagrafi, strutture per la gestione del territorio, servizi demografici, ecc.).

Una tale affermazione comporta la conseguenza che presso ogni operatore, presso ogni struttura deve essere costituita una sorta di archivio (o di memoria, un meccanismo di registrazione) cartaceo o meccanizzato di dati, tale da consentire il prelievo di quelli che sono portatori di informazioni significative. Questa stessa affermazione, giusta di per sé, presa alla lettera, porterebbe in breve periodo all'accumulo di enormi quantità di dati ed alla costituzione di memorie sempre più grandi, fino a diventare praticamente ingestibili.

Essa pertanto deve essere corretta con due avvertenze, una relativa ai dati e l'altra relativa alle sedi della loro raccolta, in quanto non tutte sono equivalenti.

Per ciò che concerne i dati va semplicemente ricordato che « dato » non equivale a « informazione », ma anzi che molti di essi non hanno alcuna rilevanza ai fini informativi; così, ad esempio, i valori delle singole analisi emato-chimiche, le risultanze di controlli funzionali, le manovre semeiologiche e le osservazioni obiettive che concorrono a formulare una diagnosi, hanno poca o nulla rilevanza informativa dopo la effettuazione di quest'ultima e possono essere in grande misura cancellati. Per gli operatori di distretto essi sono tuttavia di ulteriori necessità al momento del successivo incontro con lo stesso paziente e vanno quindi in qualche modo conservati, almeno quelli ritenuti significativi ai fini della devoluzione della storia sanitaria. Per l'osservatorio epidemiologico ha rilevanza informativa solo la diagnosi, o qualche dato particolarmente interessante, ma solo per successivi specifici approfondimenti.

Ne consegue che non tutti i dati debbono essere archiviati, che solamente pochi debbono essere trasmessi e che su di essi deve essere operata una adeguata selezione, distinguendo quelli che vanno conservati da quelli che vanno distrutti e selezionando opportunamente altresì quelli contenenti informazioni significative.

Per le sedi sarà opportuno ricordare che il livello di complessità degli archivi di dati è variabile e che esso non coincide necessariamente con la complessità della struttura in cui risiede, né con il grado di importanza sotto il profilo tecnico-strumentale o territoriale. In linea generale si può affermare che a livello periferico, nel distretto sanitario di base, va collocato il massimo di dati e di informazione disaggregata, a livello di U.S.L. o di Regione il minimo di dati ed il massimo di informazione aggregata.

Se in generale ogni sede di raccolta può anche essere deposito di dati, ciò non sempre è strettamente necessario e comunque i depositi debbono avere tempi di giacenza variabili e richiedono comunque periodici aggiornamenti.

Le sedi naturali e principali di raccolta e di deposito delle informazioni sono il Comune ed il distretto di base, il primo per la parte demografica, socio-economica, il secondo per la storia sanitaria (in senso lato) di tutti i cittadini ad esso facenti capo.

Per ciascuno di essi infatti dovrà essere predisposta una memoria contenente tutti gli elementi relativi alle esposizioni, agli eventi sanitari salienti, alle risultanze dei diversi interventi che su di lui un qualsiasi operatore, in qualsiasi servizio, abbia effettuato. Si configurano entrambi come sedi di archivi globali della popolazione, uno generale ed uno specifico per il settore sanitario.

Nella dizione distretto si fa riferimento alla organizzazione definita nell'allegato 1 alla legge di piano, intendendosi che si possono avere una sede unica (nella quale c'è comunque un archivio comune, come lo schedario dei cittadini serviti) o più sedi (gli ambulatori periferici, ad es.) nelle quali collocare l'archivio distrettuale, al quale fanno comunque capo tutti gli operatori ed i servizi decentrati nel territorio del distretto.

I servizi integrativi: ospedale, poliambulatori, presidi multizonali, laboratori di analisi, servizi amministrativi, ecc., sono sedi di raccolta delle informazioni e depositi di dati parziali, limitati al proprio campo di intervento.

4.2.3. *I flussi informativi*

Abbiamo dunque nel territorio di ciascuna Unità sanitaria locale un insieme di depositi di dati (complessivi e parziali) ed una serie di punti (spesso, ma non sempre, coincidenti con i precedenti) presso i quali raccogliere le informazioni da utilizzare a fini diversi, di governo o di esercizio; ciascuna di queste sedi è contemporaneamente luogo di partenza e di arrivo di informazioni, con gradi diversi di selezione (per qualità e quantità).

Tutta la informazione confluisce poi in punti stabiliti del sistema, che potremmo chiamare nodi, nei quali essa viene utilizzata per i fini propri del livello (di governo, amministrativo, gestionale, modificativo, ecc.) e della competenza.

I nodi del sistema informativo applicato alla sanità sono sostanzialmente tre: il distretto di base, la Unità sanitaria locale, la Regione o Provincia autonoma.

Il distretto è punto di partenza e di arrivo della informazione, nonché luogo di deposito di dati complessivi per tutti i cittadini che ad esso fanno capo e relativamente al territorio di pertinenza.

Ad esso fanno ritorno tutte le informazioni relative ad *a*) i fattori di rischio cui sono esposti i cittadini; *b*) gli eventi sanitari cui sono stati sottoposti e *c*) i dati socio-economici relativi a ciascuno di essi, che dovranno essere inserite nella cartella sanitaria individuale.

La sintesi dell'informazione derivante da questo archivio viene trasmessa alla popolazione, attraverso il libretto individuale, ed i profili di gruppo sulla base delle aggregazioni di gruppi omogenei.

Un secondo flusso in uscita riguarda le informazioni destinate alla Unità sanitaria locale e contiene integralmente tutto ciò che concerne i dati amministrativo-gestionali (economici, di personale, dei materiali consumati, ecc.) ed in modo selezionato e ridotto i dati relativi alla osservazione epidemiologica.

I servizi integrativi sono luogo di arrivo e di partenza della informazione, di parziale deposito relativamente alle prestazioni eseguite; le informazioni in arrivo sono pressoché tutte di natura gestionale e di servizio e provengono dalla U.S.L. (disposizioni, provvedimenti, amministrazione, ecc.) e dal distretto (richiesta di prestazione, di consulenza, ecc.).

La informazione in uscita è diretta sostanzialmente al distretto (referti e relazioni, principalmente sulle richieste avanzate) in forma parzialmente aggregata ed alla U.S.L., in forma diffusa per ciò che concerne la parte amministrativa-gestionale, contabile ed in forma selezionata relativamente alla parte epidemiologica, su programmi definiti preliminarmente o su richiesta specifica della stessa Unità sanitaria. I dati relativi ai contenuti delle prestazioni rese sulle persone non dovrebbero di regola affluire dai servizi integrativi alla U.S.L.

La Unità sanitaria locale costituisce il secondo nodo del sistema informativo, luogo di deposito di tutta la informazione necessaria a valutare l'efficienza e l'impiego delle risorse ed in forma selezionata della informazione necessaria alla valutazione di efficacia ed anche in parte (o totalmente) della informazione di esercizio. La scelta della collocazione presso la U.S.L. di tutta o di una parte della informazione di esercizio deriva dal tipo di strumenti con cui si intende gestire il sistema informativo e quindi dalla dislocazione degli archivi.

Ad essa giungono informazioni da tutti i presidi e servizi del territorio e dai multizonali, nonché dai distretti: integralmente per ciò che concerne i dati relativi alla parte economico-gestionale, in forma sintetica quelle relative ai dati utili per le valutazioni di efficacia e l'analisi epidemiologica.

La Unità sanitaria locale restituisce informazioni a tutti i servizi e presidi, ai distretti, per il funzionamento e per la informazione alla popolazione.

La Regione è fondamentalmente un nodo di arrivo di informazioni, provenienti in grande misura dalle Unità sanitarie locali e, solo eccezionalmente, da singoli presidi o servizi, come anche dai distretti di base. Essa infatti abbisogna delle informazioni necessarie alle sintesi epidemiologiche, alla valutazione della compatibilità dei programmi zonali con il piano, alla gestione finanziaria e quindi alla predisposizione della relazione annuale sullo stato di salute della popolazione e del piano sanitario, che costituiscono le uscite informative più significative di questo livello territoriale.

4.2.4. *I supporti dell'informazione*

Il tipo di supporto (cartaceo, magnetico, acustico, visivo) sul quale trasmettere — o raccogliere — la informazione non può essere definito a priori, ma dipende dal grado di meccanizzazione che si intende dare al sistema, e quindi va stabilito in sede di definizione del « sottosistema informatico ».

In questa sede occorre soltanto precisare che deve esistere una modulistica unitaria, un sistema unitario di raccolta e memorizzazione, un protocollo unitario di selezione delle informazioni dai livelli periferici a quelli centrali, un modello unitario di gestione e trattamento della informazione.

Il che vuol dire anche che, a livello di singoli presidi e servizi, deve essere introdotto un modo unitario di lavorare dei vari operatori, presupposto di corretta raccolta della informazione.

In sede di prima applicazione del piano e di costruzione iniziale del sistema informativo, sembrerebbe opportuno scegliere comunque forme sperimentali, che non compromettano il futuro sistema ed obblighino a riconversioni estremamente complesse e costose.

Ad ogni modo alcuni tipi di supporti sono già definibili a priori, come ad esempio la cartella sanitaria; indipendentemente dalla forma di memorizzazione che si sarà scelta, non sembra comunque possibile prescindere, a livello di distretto di base (ma anche in ospedale) dal supporto cartaceo tradizionale, sul quale i singoli operatori annotano i fatti degni di nota, tutti i dati necessari alla corretta pratica dell'assistenza, i referti dei vari accertamenti, le terapie, ecc.; e nel quale in modo leggibile e chiaro il cittadino possa trovare tutti i dati che lo interessano, ogni volta che lo ritiene opportuno.

Così il libretto individuale, i dati riassuntivi di gruppo o di ambiente (indipendentemente dal luogo e dal modo di compilazione) dovranno essere rimessi ai destinatari su supporti cartacei, in forma leggibile e adeguata alla capacità di comprensione degli stessi.

4.3. Il sottosistema informatico

La trattazione della parte strettamente tecnica, quella dedicata cioè ai sistemi meccanici per la raccolta, trasmissione e trattamento della informazione esula dalla competenza del piano sanitario, in quanto attiene a scelte proprie degli organi di governo ed è condizionata al modo che gli stessi si sono dati per trattare complessivamente l'informazione, tenendo conto che non si ritiene opportuno costruire per la sanità un sistema autonomo né una doppia rete di strumenti di servizio.

Tale scelta, dal punto di vista sanitario, non è da considerare utile in quanto dal sistema informativo generale (economico, demografico, sociale) quello sanitario richiede una massa notevole di informazioni strettamente necessarie, per cui è opportuno prevedere quantomeno luoghi di interconnessione diretti ed automatici, oppure la duplicazione di una serie notevole di dati.

In particolare nel distretto si deve prevedere un'attività amministrativa di raccordo, gestita articolatamente con le anagrafi comunali; con archivi cartolari e con dotazione di procedure di raccordo semiautomatiche, e nella U.S.L. una sede di raccolta, elaborazione e archiviazione delle informazioni, da attuarsi sempre in raccordo con il sistema informativo generale.

Per l'inizio alcune procedure potranno essere centralizzate in sede regionale come supporto alla periferia.

In sede regionale dovrà essere realizzata una struttura di archiviazione ed elaborazione attraverso il coordinamento operativo, previsto dalla legge regionale apposita, tra uffici centrali regionali e consorzio di calcolo.

È compito della Regione l'osservazione epidemiologica e la standardizzazione e regolamentazione delle procedure a cui dovranno attenersi le U.S.L.

5. STRUMENTI DELL'INFORMAZIONE

In base a quanto esposto, gli strumenti dell'informazione sono:

a) gli archivi di esercizio e di governo
b) i registri dei dati biostatistici
c) i documenti individuali ed i profili di gruppo
d) relazione annuale delle U.S.L. e regionale.

La dizione « archivio » è riduttiva e sottintende una organizzazione con diverse caratteristiche ai diversi livelli.

In ogni caso, ogni strumento sottintende specifiche procedure all'interno di ogni livello e tra i diversi livelli.

6. PRIME IPOTESI RELATIVE AL LIVELLO DISTRETTUALE

Esistono procedure di carattere gestionale anche non strettamente sanitarie che non possono non avere grande rilevanza informativa, mentre realizzano la possibilità di attuare precisi indirizzi di riforma.

Citiamo innanzitutto:

a) il potenziamento delle anagrafi comunali e la loro sistemazione a fini gestionali e informativi anche sanitari (nel quadro del cosiddetto « progetto anagrafi » del C.S.I. Piemonte);

b) le procedure di relazione tra servizi che consentano di assicurare l'accesso ai servizi sia distrettuali che integrativi attraverso il distretto, in parole povere la prenotazione presso i servizi poliambulatoriali o l'ospedale.

Esiste ancora una serie di procedure gestionali atte a non interrompere il flusso di servizi esistenti, ivi comprese le procedure epidemiologiche oggi obbligatorie per legge che coinvolgono in genere l'anagrafe.

È indispensabile che a tutte queste procedure venga assicurata la priorità, purché siano realizzate secondo il taglio *fin qui specificato, onde possano inserirsi immediatamente* e fattivamente nel processo di costruzione del sistema informativo.

Esse in ogni caso devono porre nella giusta rilevanza il distretto come unico ed esclusivo punto di partenza per l'accesso ai servizi e quale livello unico in cui l'accumulazione informativa sia riferibile a precisi aggregati di popolazione nella direzione di individuare i rischi a cui essi sono sottoposti.

Si deve tenere conto che il distretto è la porta di ingresso e l'ambito elementare e basilare di riferimento informativo, così come l'U.S.L. è il principale nodo di scambio informativo in ambito regionale, mentre al livello centrale va riservato un ruolo integrativo e coordinativo.

Le informazioni che il distretto deve raccogliere o possono essergli fornite dall'U.S.L. consistono sostanzialmente in:

a) informazioni derivate dalle prestazioni all'utenza (visite domiciliari, accessi consultoriali, etc.), informazioni raccoglibili in registri o moduli da cui è possibile trarre, sia in modo sistematico che saltuario, contenuti informativi. In ogni caso dovrà ritrovarsi nei documenti la possibilità di cercare indicazioni sulla data di esecuzione, sulla provenienza dell'utenza, sul motivo dell'accesso, sull'operatore che ha eseguito la prestazione, sul tipo di prestazione.

Devono inoltre arrivare al distretto sintesi e risultati delle prestazioni effettuati da altri presidi della U.S.L., da altri distretti dove lavorano residenti nel distretto in questione e via dicendo;

b) informazioni derivate dalla partecipazione, su problemi, rischi e simili, che emergono da consultazioni, verbali di assemblee, etc.;

c) informazioni e giudizi, derivati dagli operatori, sulla situazione epidemiologica e soprattutto sull'efficienza ed efficacia dei servizi erogati.

Tutte queste informazioni, che hanno rilevante valore collettivo, vanno gestite dall'archivio di distretto. Da esse il distretto trae riepiloghi da inviare alla U.S.L. sulle informazioni da raccogliere sistematicamente. Il materiale grezzo può essere poi direttamente inviato centralmente per elaborazioni mirate in tempi e su temi specifici.

Esistono tuttavia informazioni di valore individuale che l'archivio di distretto deve gestire e formalizzare sistematicamente (abbiamo già ricordato le comunicazioni sui risultati di prestazioni eseguite fuori distretto), attraverso alcuni particolari strumenti:

a) *la scheda anagrafica*: la sua matrice si ritrova nell'attuale scheda vaccinale. Essa, in pratica, è un'accumulazione di dati rilevanti ed indelebili nell'anagrafe civile. È possibile ipotizzare che la scheda possa contenere fino ad un massimo di 10 - 12 dati e che accompagni il cittadino in ogni spostamento anagrafico. Solo alcune informazioni hanno la caratteristica di essere così essenziali da essere inserite nella scheda. Obiettivo del I piano triennale, per il primo anno del triennio, è identificarne alcuni;

b) *la cartella personale*: esistono documenti ed informazioni di carattere sanitario, molto importanti ma non sintetizzabili che è opportuno, conveniente e necessario raccogliere, selezionare e aggiornare come quadro dei principali problemi sanitari individuali (sintesi dopo ricovero ospedaliero, relazioni su prestazioni specialistiche, etc.). Esiste, a tal proposito, la necessità di una preordinata correlazione dell'archivio di distretto, con quelli di esercizio nei poliambulatori e negli ospedali nonché con i singoli sanitari di base. Controverso è il fatto se tale materiale debba essere considerato tanto riservato da essere conservato a domicilio del cittadino anche in considerazione del ruolo attivo da affidare al cittadino nella gestione della propria salute. In realtà non tutto quanto attiene a ciascuna storia sanitaria va conservato e raccolto, ma le sintesi più importanti continuamente aggiornate, devono considerarsi un servizio *specifico svolto per il cittadino stesso che se ne potrà* giovare in qualsiasi occasione.

In ogni caso tutto il materiale dovrà essere disponibile per la sintesi dell'attività distrettuale che semestralmente dovrà essere inviata alla U.S.L. come fondamentale strumento per la verifica dell'applicazione e dell'efficacia del piano.

Va da ultimo riaffermato quindi come l'archivio di distretto non sia una struttura fisica centralizzata ma una funzione di raccordo fra le anagrafi comunali, gli schedari conservati presso i medici curanti e i libretti sanitari ai *fini di raccolta, elaborazione e diffusione dell'informazione*.

Tale attività è svolta dal personale di segreteria del distretto in collaborazione con gli altri operatori.

7. SISTEMA INFORMATIVO A LIVELLO DELL'U.S.L.

Abbiamo già accennato agli archivi di esercizio dei poliambulatori, dei servizi di radiologia (è da precisare il problema dell'archivio unitario delle radiografie) e di laboratorio e degli ospedali.

È evidente che da ciascuno di essi come dai distretti, debbano essere fornite informazioni che da un lato, in relazione alle prestazioni al singolo soggetto, vadano nella direzione dei distretti di base come già descritto, mentre una documentazione sistematica va inviata alla U.S.L., secondo quanto contenuto nel programma di zona, su indicazioni del piano regionale.

Dalla partecipazione e dagli operatori anche la U.S.L. trarrà direttamente materiale informativo di notevole importanza.

Come obiettivo la U.S.L. deve:

a) costituire la sede della elaborazione, della informazione gestionale a fini interni o comunque di accesso alla elaborazione stessa;

b) inviare centralmente la documentazione suddetta.

Deve comunque prevedersi che alcune correlazioni, ivi comprese elaborazioni epidemiologiche e valutative, debbono essere svolte a livello di U.S.L., utilizzando anche il materiale informale derivato dalla partecipazione e dagli operatori.

Uno scambio informativo tra U.S.L. è, come già affermato, necessario routinariamente per ragioni gestionali (U.S.L. con laboratori di igiene verso U.S.L. che ne sono prive, ecc.).

La U.S.L. deve inviare centralmente in modo sistematico od occasionale dati selezionati per le necessità di elaborazione a livello regionale.

8. SISTEMA INFORMATIVO A LIVELLO REGIONALE

Spetta al livello regionale definire i criteri per le procedure e la modulistica nonché determinare le correlazioni temporali e territoriali fra i diversi livelli come d'altronde già precisato dalla legge regionale 17-8-77, n. 43 e dalla legge regionale costitutiva del consorzio di calcolo.

Il livello regionale inoltre è la sede della maggior elaborazione qualitativa dell'informazione sia a fini prevalentemente gestionali (amministrativo e contabile), e valutativi d'esercizio in modo sistematico sia a fini epidemiologici e programmatori, in modo sistematico od in modo occasionale e mirato.

Occorre anzi dire che a livello regionale il sistema deve essere rivolto soprattutto a questo secondo settore.

Perché ciò avvenga, la Regione, oltre a provvedere ad una sistematica elaborazione dei flussi in arrivo attraverso il rapporto tra Consorzio di calcolo e uffici centrali regionali nell'apposita commissione con funzioni di interfaccia, si deve dotare di uno strumento specifico, l'*osservatorio epidemiologico regionale*, al quale spetta il compito di essere punto di riferimento tecnico e metodologico, con un minimo di risorse dedicate allo scopo, a cui faranno capo:

– la ridefinizione delle statistiche sanitarie esistenti;
– la messa a punto di proposte di nuove rilevazioni;
– la metodologia per la definizione degli indici sintetici;
– l'individuazione delle soglie di allarme (in prima approssimazione) per i flussi informativi correnti;
– la ricomposizione a livello unitario delle « immagini » informative delle diverse unità socio-sanitarie;
– l'intercettazione delle indicazioni di pertinenza e delle segnalazioni di « problematicità » provenienti dalla periferia del sistema socio-sanitario;
– il coordinamento delle iniziative di indagine specifica su problemi emergenti.

Il ruolo che tale osservatorio epidemiologico regionale deve svolgere, nel senso di coordinamento e di riferimento metodologico, non è certo quello previsto dal disegno di legge proposto tempo addietro dal Ministero della Sanità e che riguardava l'istituzione di osservatori epidemiologici regionali orientati però alla sola patologia infettiva, con evidente limitazione del concetto di epidemiologia quale si è andato evolvendo negli ultimi anni. In tale schema, data l'impostazione centralistica, risultava coartata l'autonomia regionale, mentre, senza escludere un momento di indirizzo e di coordinamento a livello centrale, va riaffermato il principio che tutto ciò deve essere posto in termini di rapporti funzionali e non di subordinazione gerarchica.

9. INFORMAZIONE E PARTECIPAZIONE

Il problema dell'espressione dell'informazione va trattato unitariamente in quanto il rapporto con la partecipazione presuppone un'informazione completa dei dati raccolti da ogni livello e dei dati di ritorno dal livello superiore.

Ogni livello deve quindi tenere sempre aggiornato un « quadro informativo », regionale, di U.S.L. di distretto, espresso in modo da correlare l'informazione con i programmi di intervento predisposti, attraverso il quale amministratori, operatori, forze sociali, cittadini possano affrontare ogni problema decisionale su una comune base informativa.

La caratteristica principale del nuovo sistema informativo è quindi l'*accessibilità ed il ritorno dell'informazione a tempi prefissati* e costanti.

Non tutta l'informazione, però, è sintetizzabile nel quadro informativo generale pena o l'estremo dettaglio di esso e la sua scarsa leggibilità o la perdita di possibilità di approfondimento. Ciò è caratteristico ad esempio di alcuni dati ambientali in luoghi molto complessi dal punto di vista del rischio, come lo stabilimento industriale.

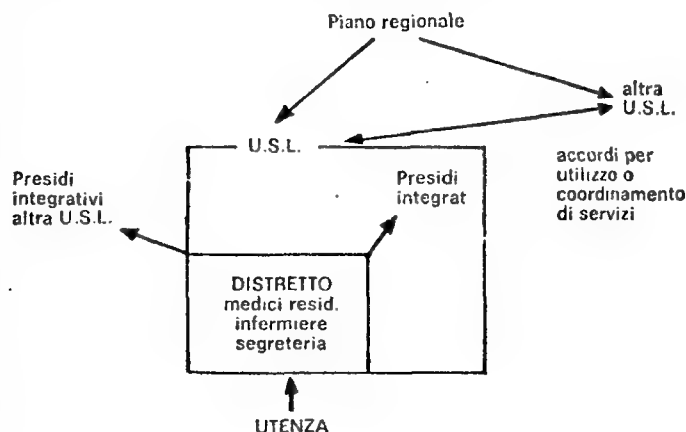
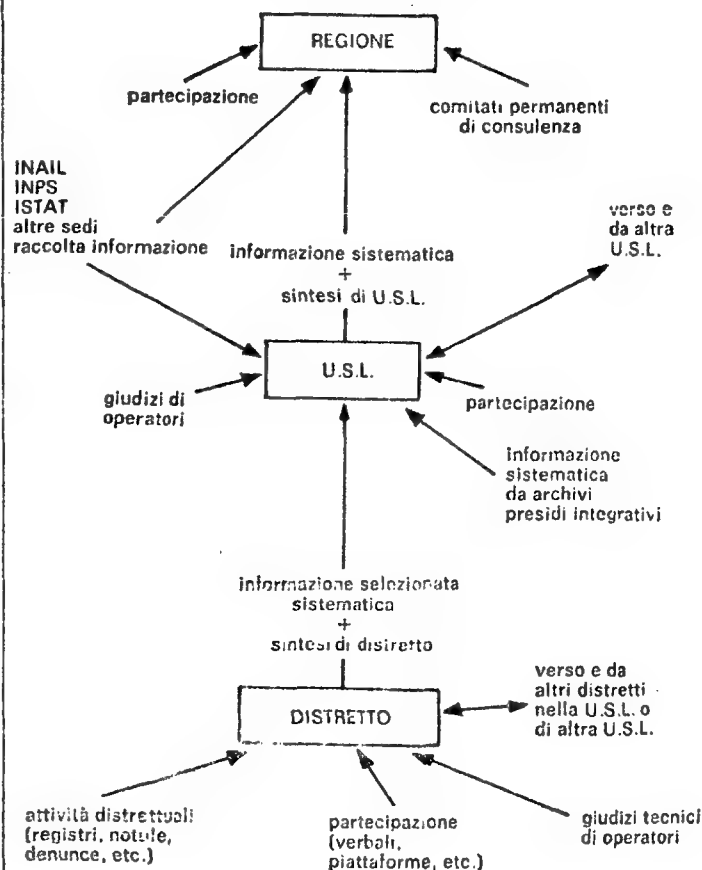
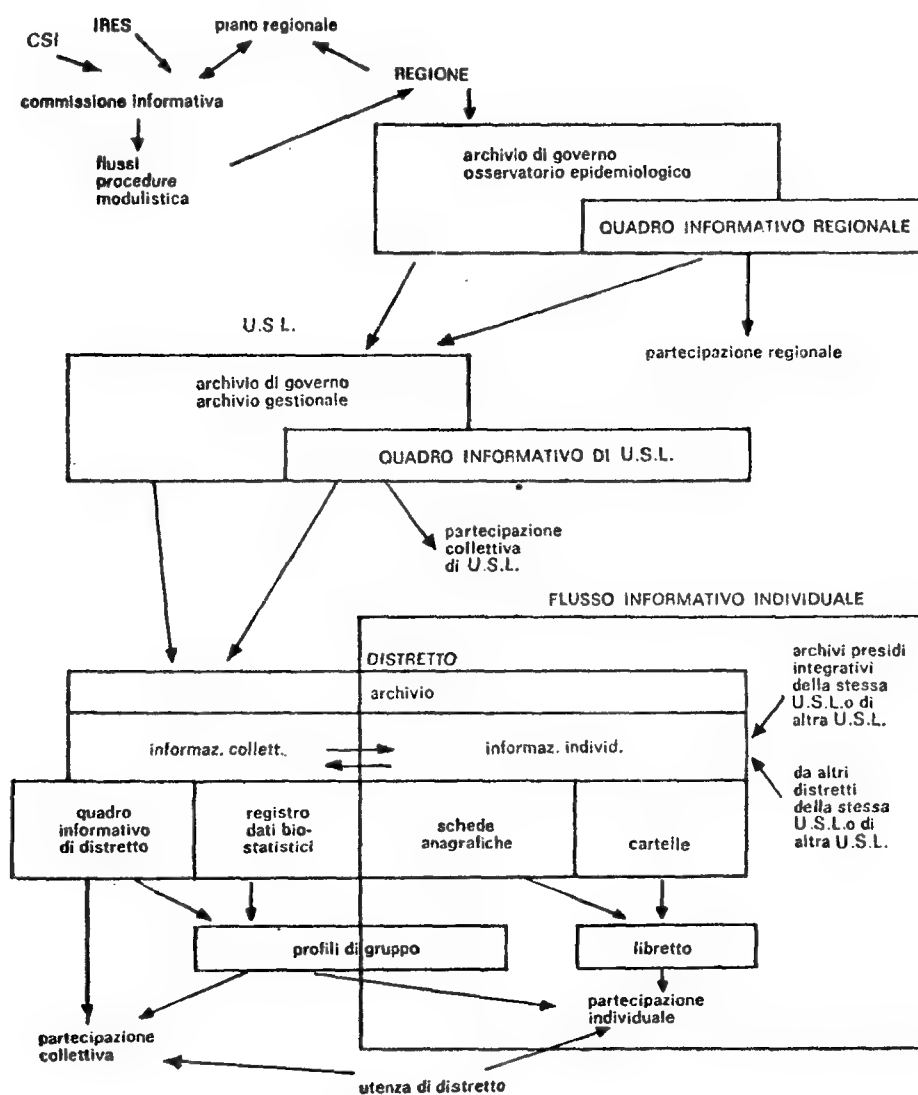
Saranno allora disponibili dei « registri dei dati biostatistici » in cui le correlazioni tra informazioni hanno minor sbilanciamento verso l'aggregazione di tipo territoriale omnicomprensiva e maggiore verso alcuni settori, alcuni rischi alcune fasce di popolazione.

Da tali registri e dai quadri informativi deriva un flusso che investe anche interessi individuali precisi o di piccolo gruppo, ma che deve trovare rilevanza nella formazione di profili di gruppi a rischio e nella compilazione delle schede individuali, gestite dai distretti, e nell'assemblaggio delle cartelle individuali.

Entrambi i documenti seguono i cittadini negli spostamenti di residenza, ma quotidianamente deve esistere la possibilità di una documentazione conservata presso il cittadino stesso, in forma chiara e leggibile e sintetica. È il cosiddetto *libretto sanitario* che conterrà alcuni dati derivanti sia dalla scheda che dalla cartella utili alla conoscenza dei cittadini e nel loro rapporto coi servizi.

I flussi e gli aggiornamenti tra schede, cartelle, registri, profili, quadri informativi e libretti sono di rilevante importanza e devono essere previsti nel dettaglio.

Le dizioni « registro », « libretto » ed altre non devono ingenerare l'equivoco che tali strumenti siano un modello rigido (equivoco purtroppo in cui cade anche la legge 833) e che non sia quindi importante il flusso di informazioni che si realizza attraverso di loro, ma la struttura formale del loro assemblaggio.

Schema 1. Prenotazioni e funzionamento di rete

Schema 2. Flussi di ascesa (in formazione collettiva)

Schema 3. Strumenti di elaborazione e archiviazione. Flussi di discesa e strumenti di socializzazione (informazione collettiva e individuale)

Allegato n. 6 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

FORMAZIONE DEL PERSONALE

1. OBIETTIVI GENERALI

Elementi indispensabili dell'attività dei servizi sanitari e socio-assistenziali sono gli operatori, qualsiasi sia la loro qualifica o competenza.

I principali requisiti che il piano intende promuovere e sviluppare sono la *professionalità*, intesa come capacità di svolgere autonomamente e deontologicamente le mansioni richieste, la *polivalenza*, intesa come preparazione sufficientemente ampia da non limitare strettamente il campo di competenza, la *flessibilità*, intesa come capacità di aderire alle mutabili esigenze con specifica qualificazione, la *socialità*, intesa come idoneità a comportamenti tipici di operatori che svolgono sempre e comunque una funzione sociale e la *capacità di lavoro di gruppo*.

Metodo di fondo da seguire per il costante adeguamento degli operatori dei servizi è quello della formazione permanente, intesa come organizzazione del lavoro autovalutativo, metodologico e formativo.

Le iniziative di formazione permanente relative ad operatori la cui formazione di partenza è di competenza dell'Università può essere sviluppata all'interno del servizio socio-sanitario regionale in stretta collaborazione con l'Università stessa, mediante un'attività polivalente flessibile di perfezionamento professionale, che consenta di aderire sia personalmente sia come membri di équipe alle necessità sempre crescenti della professione. Quest'attività deve essere normale, routinaria e, nella dovuta forma, obbligatoria e deve riassorbire tutte le necessità di riqualificazione ed aggiornamento.

Essa deve essere prioritariamente indirizzata al completamento della formazione dei medici tirocinanti, nonché all'esecuzione delle attività previste dai progetti-obiettivo.

Per soddisfare le esigenze poste dal piano la Regione, nel quadro dei rapporti convenzionali, propone all'Università di Torino di sviluppare, in tutte le facoltà e centri, attività di didattica e di ricerca correlate con le problematiche nel territorio piemontese; in particolare:

per la facoltà di medicina e chirurgia:

- orientare il corso di laurea in medicina alla preparazione del nuovo medico di base, secondo le richieste del servizio sanitario nazionale;
- attuare allo scopo un programma di didattica applicativa durante il corso di laurea, da svolgersi nelle strutture del servizio sanitario nazionale;
- fornire il supporto metodologico necessario per le attività formative proprie della Regione necessarie al servizio sanitario nazionale;
- valorizzare nei corsi di laurea indirizzi volti all'esercizio delle attività sanitarie in regime di piano, in particolare l'epidemiologia;
- adeguare i contenuti, le scelte e le dimensioni dei corsi di specialità alle indicazioni del presente piano;

per il politecnico e la facoltà di scienze matematiche, fisiche e naturali:

- valorizzare nei corsi di laurea indirizzi formativi e di ricerca correlati con la tutela dell'ambiente globalmente inteso;
- sviluppare meccanismi di integrazione con i servizi territoriali sia ai fini della ricerca che della formazione;

per la facoltà di farmacia:

- orientare il corso di laurea in base alle richieste del servizio sanitario nazionale, nel settore della politica del farmaco;

per la facoltà di legge, economia e commercio e scienze politiche:

- attivare corsi di specializzazione nei campi dell'amministrazione e dell'economia sanitaria.

2. LA FORMAZIONE DI COMPETENZA REGIONALE.

Le funzioni in materia di formazione professionale sono state trasferite alle regioni a statuto ordinario ai sensi dell'art. 1 del D.P.R. 15-1-1972, n. 10, lettera *f* e riconfermate con spirito nuovo dal D.P.R. 24-7-1977, n. 616.

Sulla base di tale decreto con legge regionale 25-2-1980, n. 8, le competenze amministrative sono state delegate ai Comuni singoli ed associati di cui alle leggi 39 dell'8-8-1977, e 41 del 9-7-1976, che prefiguravano l'associazione dei Comuni di cui alla legge 833 del 23-12-1978.

In applicazione della stessa la legge regionale del 21-1-1980, n. 3, e la legge 22-5-1980, n. 60, inserivano organicamente la materia nell'attività delle Unità Sanitarie Locali, a cui veniva formalmente trasferita dal 1-1-1981 con deliberazione della Giunta Regionale n. 1-2930 del 18-12-1980.

L'esercizio di tali funzioni comporta:

- l'analisi dei fabbisogni di formazione nell'ambito della zona;
- il contributo alla definizione del piano regionale;
- l'organizzazione di attività di aggiornamento del personale;
- l'organizzazione e la gestione dei corsi di prima formazione e riqualificazione nell'ambito del piano regionale.

Inoltre, l'ufficio di direzione della U.S.L. predispone i programmi di avvio per l'educazione sanitaria.

Le scuole per operatori sanitari nella maggior parte dei casi non hanno personalità giuridica di diritto pubblico; soltanto in taluni casi hanno personalità di diritto privato.

Pertanto, in caso di estinzione, si applicano le norme previste dal Codice Civile specificatamente agli artt. 27 e seguenti.

Le U.S.L. gestiranno direttamente le funzioni formative; potranno inoltre stipulare convenzioni per l'utilizzo di strutture formative con Enti che hanno conservato personalità giuridica di diritto pubblico o privato.

Le attuali scuole per operatori prevalentemente o esclusivamente sanitari sono state trasferite alle U.S.L. secondo la situazione regolamentare ed istituzionale delineata negli statuti e nei regolamenti approvati a suo tempo con decreti ministeriali o con deliberazioni e decreti regionali.

Spetta, pertanto, ai comitati di gestione delle U.S.L. che reggono le scuole modificarne i regolamenti secondo gli indirizzi regionali dettati per assicurare omogeneità tra le varie situazioni scolastiche.

Per quanto riguarda le spese, sia quelle direttamente o indirettamente riferibili alla formazione, quelle gestionali o correnti e quelle di investimento devono essere imputate sui bilanci delle relative U.S.L.

Il ruolo della Regione è quello specifico di promozione, programmazione e coordinamento di tutte le attività.

In particolare, detta norme in merito ai requisiti strutturali delle sedi scolastiche, programma il fabbisogno qualitativo e quantitativo di personale sulla base di programmazioni zonali, vigila e controlla sulle attività formative, sull'andamento della spesa relativa e ne programma le priorità, ha compiti di studio e ricerca in materia. Emana provvedimenti amministrativi relativi alla apertura e chiusura dei corsi ed emana provvedimenti di concessione di autonomia didattico-organizzativa.

3. I FABBISOGNI DI PERSONALE E I FABBISOGNI DI FORMAZIONE

3.1. Aspetti generali

Il problema dei fabbisogni di personale è uno dei più complessi del piano, ciò in relazione soprattutto a tre fattori:

1) l'assenza di dati analitici ed omogenei nella domanda storica e sullo stato dei servizi;

2) la non omogeneità degli strumenti a disposizione per soddisfare alle esigenze del piano (personale dipendente e convenzionato; figure professionali, carriere, mansioni, ruoli e renumerazioni settoriali e non adeguate alle funzioni di piano);

3) estrema variabilità e imprevedibilità di alcune incidenze temporali in grado di modificare profondamente lo svolgersi del processo di riforma (slittamento delle scadenze applicative della legge 833/78, da parte dello Stato, trasferimento competenze e servizi).

Va poi sottolineato che il fabbisogno di personale in quanto tale, induce un altro fabbisogno, che occorrerà trattare unitariamente per ciascuna figura, il fabbisogno di formazione sia di base che permanente (aggiornamento, riqualificazione, ecc.).

Il soddisfacimento di tale bisogno trova altre limitazioni gravi e specifiche:

a) la capienza delle strutture di formazione è limitata in generale per obiettive difficoltà, di formazione nei servizi;

b) le necessità urgenti ed inderogabili di incremento temporaneo di formazione sia di base che permanente per la fase di avvio della riforma travalicano notevolmente i limiti quantitativi necessari per la fase a regime quando si dovrà provvedere al semplice ricambio fisiologico del personale;

c) la durata temporale dei cicli di formazione di base non è compatibile con la validità del piano cosicché nel primo piano triennale (e anche nel secondo) si ripercuotono effetti di scelte effettuate precedentemente alla sua stesura;

d) i vincoli normativi e di struttura della spesa della situazione storica non potranno essere superati tutti alle scadenze temporali necessarie.

Per tutti i motivi sopraddetti non è possibile, nella prima stesura del piano regionale socio-sanitario, determinare con sufficiente attendibilità la dinamica completa delle necessità, proiettata per tutta la validità del piano stesso.

Obiettivo per il primo anno di piano sarà quindi l'approfondimento delle analisi e delle previsioni e la rideterminazione dei fabbisogni da inserire nel primo aggiornamento annuale del piano stesso.

Non è tuttavia rinviabile in alcun modo una prima serie di specifiche e pregnanti indicazioni che indirizzino sin da ora le strutture di formazione ad adeguarsi alle previsioni di piano se si vogliono sperare effetti almeno nel secondo piano triennale. Occorrerà allora attenersi rigorosamente alle priorità di piano e riferirsi in primis quindi alle necessità dei servizi di distretto.

3.2. Criteri per il calcolo del fabbisogno di personale per l'attività dei distretti

La quantizzazione del personale da destinare al funzionamento dei servizi socio-sanitari ed all'espletamento delle funzioni previste dal piano, in applicazione della legge 833/78. non può essere definito in modo univoco, ma va effettuato tenendo conto di una serie di parametri, i principali dei quali possono essere così elencati:

a) dispersione della popolazione;

b) estensione del territorio cui ciascun servizio o presidio è destinato;

c) presenze straordinarie di utenza: turismo, aziende termali, collettività assistenziali, attività turistico sportive;

d) necessità di garantire a ciascun distretto la presenza, almeno parziale, delle singole figure professionali, anche per ambiti sotto dimensionati;

e) la presenza, nel territorio del distretto di presidi integrativi di quelli di base;

f) i disposti delle convenzioni nazionali per la generica e la pediatria.

Da queste considerazioni discende che al livello regionale possono per ora essere fornite soltanto indicazioni orientative e che il fabbisogno esatto potrà essere stabilito esclusivamente a livello locale, da parte degli organismi di gestione delle unità sanitarie locali, applicando i criteri di piano.

Vengono forniti elementi di prima approssimazione per ridimensionare gli operatori previsti a livello del distretto sanitario di base.

Medico generale: in base alla convenzione unica nazionale la proporzione è fissata a regime in 1 medico ogni 1.000 abitanti adulti o frazioni superiori a 500.

Il calcolo va effettuato sui singoli comuni e non sulla totalità del distretto.

Medico pediatra: la convenzione unica offre indicazioni meno attendibili in quanto la proporzione ottimale è variata più volte da 1/700 bambini sotto i 12 anni a 1/1400 per ritornare ad 1/700 nella ultima convenzione non ancora in vigore.

Inoltre occorre tenere conto della esclusività di scelta che riguarda solo i bambini di nuova nascita fino ai 6 anni.

In assenza totale di pediatri di base, per i controlli di salute e le consulenze pediatriche ai medici di base occorrerà assicurare l'equivalente di un pediatra ogni 4000 bambini.

Ostetrico-ginecologo: tenendo conto delle attività di informazione sanitaria e sessuale, procedure per I.V.G., assistenza alla gravidanza, prevenzione tumori femminili, consulenza ginecologica, si può accettare l'incarico di 5500 donne in età feconda per ogni ostetrico.

Odontoiatra: nella fase di avvio 2 ore settimanali per 1000 abitanti tenendo conto delle attività di ortodonzia e di prevenzione.

Personale infermieristico:

1 infermiere professionale ogni 2 medici generici di base;

1 infermiere professionale o vigilatrice ogni pediatra di base;

2 ostetriche ogni ostetrico ginecologo;

Personale di assistenza domiciliare: 1/2000 abitanti comprese le necessità delle comunità alloggio.

Per le case protette, avendo determinato il numero effettivo delle persone da assistere, la proporzione è di 1 operatore ogni 6/7 nuclei familiari.

Tecnici dell'ambiente: in primo avvio 1 tecnico ogni 10.000 abitanti in tutta l'U.S.L.

Assistenti sociali: 1/10.000 abitanti come primo fabbisogno per l'organizzazione complessiva dei servizi sociali di U.S.L.

Veterinari: per le U.S.L. con patrimonio zootecnico 1 veterinario ogni distretto più 2 per le attività centrali di U.S.L. Il calcolo va comunque perfezionato sulle singole attività presenti nella U.S.L.

Farmacisti: 1:2.500/3.000 abitanti. La situazione di ogni U.S.L. è molto diversificata fra le zone con popolazione scarsa e quelle con popolazione accentrata.

[illegible] i servizi centrali 2 farmacisti ogni U.S.L. Per le farmacie interne ospedaliere 1 farmacista negli ospedali fino a 500 letti, 2 o 3 in quelli di maggiori dimensioni.

4. I FABBISOGNI DI PERSONALE NEL 1° PIANO TRIENNALE

4.1. Corsi di laurea

È da ritenere che il gettito formativo dei corsi di laurea per le figure professionali necessarie al servizio sanitario nazionale sia largamente sufficiente a soddisfare il fabbisogno globale del medesimo. Anzi in linea di massima è probabile un'eccedenza di laureati, specie medici, rispetto ai posti disponibili a partire dal II piano triennale.

Ciò tranne per il nuovo corso di laurea in odontoiatria che si dovrà richiedere di dimensionare opportunamente sulla base dei programmi zonali.

4.2. Specializzazioni mediche

È invece da ritenere globalmente sottodimensionato tale settore rispetto alle necessità e quindi da incentivare in particolare:

a) *pediatria*: i posti disponibili teoricamente sono attualmente valutabili a 400/800 a seconda della proporzione contenuta nella convenzione unica nazionale (1/1400 o 1/700). Tale numero subirà tuttavia una riduzione almeno del 30% circa entro i primi 4 piani triennali per la contrazione della natalità.

È quindi proponibile un numero di almeno 60-70 specializzandi per anno almeno per i primi due piani triennali.

b) *ostetricia ginecologia*: è difficile una valutazione precisa dell'effettivo fabbisogno teorico dato che mancano elementi storici validi per la frammentarietà e l'insufficienza dell'assistenza mutualistica e consultoriale del passato che ha condotto alla privatizzazione massiccia dell'assistenza in regime ambulatoriale.

Gli attuali 17 iscritti per anno sembrano tuttavia largamente insufficienti è proponibile un numero pari a 40 per anno.

c) *altre specializzazioni*: cumulativamente il gettito delle specializzazioni può essere considerato come non lontano dalle necessità ma occorrono sia una ridistribuzione interna delle iscrizioni sia una qualificazione delle stesse onde dare il necessario spazio alla preparazione agli operatori [illegible] del servizio nazionale.

In particolare poi nell'Università di Torino è presente [illegible] la specializzazione *in recupero e riabilitazione funzionale* [illegible] formative.

Si segnalano inoltre prioritariamente le seguenti necessità di aumento di iscritti nei corsi di specializzazione in: [illegible]stica, radiologia, igiene e sanità pubblica, [illegible], neuropsichiatria infantile.

4.3. Corsi per personale sanitario e sociale non laureato

Per il calcolo dei fabbisogni di formazione disponiamo quindi, per alcune figure professionali, di dati relativamente certi. Per altri servizi la cui consistenza è possibile solo stimare in assenza dei piani zonali occorre tener conto che il triennio per il quale il piano è elaborato sarà caratterizzato da interventi in larga misura progettuali e promozionali.

Per queste ragioni si indicano dei fabbisogni stimati per le figure professionali da inserire in servizi di cui si ritiene che nel triennio si realizzeranno in maniera diffusa sul territorio, mentre per altre figure professionali si indicano solamente la realizzazione di strutture formative di minima per formare il numero di operatori essenziali per l'avvio dei servizi dove mancano e per il potenziamento dove già funzionano e vi sono programmi di espansione.

Procederemo quindi per ogni figura professionale indicando per alcune di esse i fabbisogni orientativi privilegiando quelli territoriali.

Esamineremo poi i fabbisogni sia di formazione di base sia di aggiornamento relativi ai progetti obiettivi previsti dal piano.

Infine poniamo il problema dell'aggiornamento generale di tutti gli operatori, laureati e non laureati, dei servizi sanitari, educativi e socio-assistenziali, che sono circa 50.000, sui temi attinenti la riforma, il piano socio-sanitario e i nuovi modelli istituzionali e organizzativi dei servizi. È, quindi, necessario predisporre in tempi brevi un apposito progetto alla cui realizzazione devono concorrere, con il coordinamento regionale e dei poli attrezzati di cui si parla nel paragrafo relativo alla distribuzione delle strutture di formazione, tutte le unità sanitarie locali.

Tali attività dovranno riguardare in prima istanza il personale delle strutture soggette a cessazione di attività o riconversione.

A – *Infermieri professionali.*

Attualmente abbiamo nei servizi infermieri professionali, infermieri generici e infermieri psichiatrici.

La formazione dei generici e degli psichiatrici è stata interrotta in Piemonte dal 1978. Nell'anno 1980 si sono riaperte per l'ultima volta le scuole solo per personale in servizio per un totale di circa 600 persone da riqualificare.

Nei servizi riordinati avremo come livello infermieristico minimo l'infermiere professionale.

Attualmente sono in servizio nelle strutture sanitarie 3000 infermieri professionali e 6000 infermieri generici (il numero comprende anche quello dei riqualificati di cui sopra); gli addetti al servizio psichiatrico sono 3.000. Nei servizi non ospedalieri sono in servizio circa 100 assistenti sanitarie, circa 650 ostetriche (condotte) e un numero imprecisato di infermieri generici e professionali comunque molto ridotto.

Le attuali consistenze di infermieri generici e psichiatrici saranno in parte riqualificati come infermieri professionali – vedi in seguito progetto per la riqualificazione degli infermieri generici e psichiatrici già avviato con l'anno formativo 1979/80 – e la rimanente parte dovrà essere collocata come posti ad esaurimento.

Si può prevedere, sulla base dei dati relativi al progetto di riqualificazione, che circa il 30% dei 9.000 infermieri generici e psichiatrici, potranno essere riqualificati sulla base di adesione ai bisogni regionali, mentre il restante 70% resterà nella qualifica fino al pensionamento o a diversa destinazione di servizio.

La loro collocazione prioritaria potrà essere nei servizi di assistenza domiciliare. Gli infermieri generici già in servizio negli enti locali sono per lo più impegnati per tali mansioni.

Il loro recupero a servizi esterni potrà essere consentito dal contenimento quantitativo delle attività ospedaliere con chiusura di alcuni ospedali non funzionali.

Poiché tutti coloro che non hanno aderito al programma di riqualificazione superano i 40 anni di età ed esaminando la possibilità di destinazione ad altri servizi di un certo numero di generici e psichiatrici, è possibile prevedere che in 10 anni circa la qualifica potrà essere eliminata completamente dai servizi ospedalieri e poliambulatoriali.

Ora, tenendo conto del fabbisogno di infermieri professionali per il territorio di circa 5.000 unità in totale (servizio ora pressoché non coperto) anche se la stima del fabbisogno infermieristico ospedaliero (compreso lo psichiatrico) non è attualmente determinabile con attendibilità viste le profonde trasformazioni da introdurre nel settore, è tuttavia chiaro come obiettivo del primo piano triennale sia prevedere l'assorbimento nei servizi del gettito formativo totale annuo di circa 1000 infermieri l'anno (con tenden-

za a 1.500), cifra che non ha possibilità di ulteriori aumenti. A partire dal II piano triennale le previsioni dovranno essere riviste con riduzione della capacità ricettiva formativa.

A/1 – Quadri infermieristici per le funzioni organizzative e didattiche.

Per quanto attiene le funzioni organizzative un calcolo del fabbisogno sarà possibile solo sulla base dei programmi e in particolare di quelli attinenti al riordino dei servizi ospedalieri.

L'attuale capo-sala è infatti mediamente utilizzata per funzioni che non attengono alla sua specifica professionalità per cui non si ritiene coerente con gli indirizzi del piano socio-sanitario calcolare fabbisogni sulla base dei posti scoperti negli organici ospedalieri.

La funzione organizzativa dell'assistenza è però fondamentale e deve essere al più presto meglio definita e quantificata in termini di esigenze numeriche.

In particolare gli infermieri professionali stimano i bisogni di servizi infermieristici dell'utente, della famiglia e della collettività identificando ed organizzando le risorse disponibili per soddisfare tali bisogni. E intervengono nella pianificazione e nel controllo delle prestazioni di assistenza globale.

La funzione didattica è invece sufficientemente definita per cui è possibile indicare i fabbisogni e quali processi formativi occorre attivare.

Le strutture di formazione per infermiere professionali possono essere ampliate al massimo, come viene proposto nel paragrafo relativo alla localizzazione di tali strutture, fino ad accogliere complessivamente nei tre anni 4.500 allievi.

Per tali strutture occorrerebbe formare circa 50 direttrici/tori e 450 monitrici/tori, uno ogni 10 allievi, in collaborazione con l'università.

Questo personale è tutto da formare perché attualmente le scuole possono contare su pochissime unità per la direzione della scuola e per le attività di insegnamento.

Il personale complessivamente impiegato, nella stragrande maggioranza senza formazione specifica, è di circa 80 persone.

Poiché nelle scuole vi sono oggi circa 2.400 allievi si ha un rapporto, considerate anche le direttrici, di 1:30 che non può certo assicurare un buon andamento all'attività formativa.

Si tenga conto che il rapporto che si propone di raggiungere, 1:10, è doppio rispetto alla situazione esistente in quasi tutti gli altri paesi della C.E.E.

Per queste ragioni si propone l'istituzione di un corso biennale a Torino per la formazione dei quadri dirigenti e didattici.

Il corso da solo non può certo consentire di colmare i fabbisogni teorici più sopra indicati, ma è strumento essenziale che tiene conto delle esigenze di medio e di lungo periodo in cui lo sforzo formativo si ridurrà rispetto ad ora mentre per quelle immediate è necessario un progetto speciale e straordinario.

B – *Ostetriche.*

Il calcolo dei fabbisogni dovrà essere fatto sulla base dei relativi programmi zonali riguardanti la fascia materno-infantile.

In questa fase, si indica la necessità di mantenere le attuali strutture formative universitarie di Torino, Novara e Vercelli, intervenendo però per modificare i programmi di formazione e per riassorbire contemporaneamente i tre anni di corso propedeutico per infermiere professionale attivati dall'università nelle medesime sedi, che non rilasciano tuttavia diploma, nei normali corsi delle rispettive U.S.L.

C – *Tecnici della riabilitazione.*

Sono identificabili tre figure principali e una ausiliaria:

a) *terapisti della riabilitazione*

Gli interventi vengono effettuati nel momento preventivo e riabilitativo con prevalenza in tale ambito.

Ne consegue che il fabbisogno viene previsto in prima istanza in 1 ogni 10.000 abitanti.

Sedi formative: ciascuno dei 4 presidi multizonali per la formazione.

b) *ortottisti - assistenti di oftalmologia*

Interviene nel dépistages per l'individuazione dei sospetti difetti della vista soprattutto nella popolazione in età evolutiva.

L'intervento riabilitativo consiste nell'effettuare soprattutto trattamenti nei disturbi della motilità oculare, nel recupero della funzionalità della muscolatura e su alcuni vizi di refrazione.

Il fabbisogno può essere calcolato in 1 operatore ogni 30.000 abitanti.

Sede formativa: per il primo triennio di piano 1 corso nella struttura formativa del capoluogo regionale.

c) *logopedista.*

Interviene ai fini riabilitativi nei casi di alterazioni della comunicazione dovute a ritardi del linguaggio, disturbi funzionali dell'apparato dell'udito e della parola nonché a seguito di lesioni neurologiche, paralisi spastica, asportazione della laringe, ecc.

Interviene anche sulla popolazione in età evolutiva per consentire una diagnosi precoce a livello specialistico dei disturbi dell'udito e della comunicazione.

Fabbisogno: 1 ogni 20 000 abitanti.

Sede formativa: per il primo triennio di piano un corso nella struttura formativa del capoluogo regionale.

d) *massofisioterapisti.*

L'insieme delle attività che attengono allo sport, alle terme ed alcune anche di carattere ospedaliero, fanno emergere questa figura professionale come livello complementare e di collaborazione del terapista della riabilitazione.

Non esistono oggi in Piemonte strutture di formazione e gli operatori in servizio con questa qualifica hanno storie formative molto diversificate.

Si propone per ora l'istituzione delle scuole nei quattro poli attrezzati riservandone l'accesso ai non vedenti per il primo triennio di piano, in relazione anche alla responsabilità del servizio pubblico in ordine alla formazione professionale degli handicappati.

D – *Tecnici di radiologia.*

Anche per questa figura occorre fare rinvio ai programmi di ristrutturazione dei servizi ospedalieri e poliambulatoriali.

L'organico degli ospedali ha già in servizio 427 tecnici di radiologia. Si propone quindi di ridurre il numero delle strutture formative localizzandole solo nelle 4 zone polo.

Occorrerà tuttavia verificare le necessità effettive di personale tecnico sulla base dell'unificazione funzionale delle attività radiologiche in ogni U.S.L. Contemporaneamente occorrerà intervenire sui contenuti e la metodologia dei corsi, nonché sul raccordo tra la formazione scolastica precedente e la formazione professionale successiva per facilitare l'approccio alle materie tecniche specifiche.

E – *Tecnici di laboratorio.*

Negli organici ospedalieri risultano scoperti solo 80 posti di tecnico di laboratorio.

L'attivazione di 5 nuovi laboratori di sanità pubblica in aggiunta ai sei già esistenti, il potenziamento dei servizi di analisi e l'avvio dei servizi a livello zonale richiedono la formazione di questo operatore per il quale si propongono come sedi i quattro poli attrezzati con la possibilità di formare circa 100 operatori all'anno.

Anche qui si rende necessario intervenire sui contenuti del corso in rapporto all'evoluzione dinamica della scienza e dell'assetto istituzionale dei servizi. Si privilegiano i corsi annuali per periti chimici.

F – *Tecnici di cardiologia.*

Figura di nuova formazione, secondo programmi didattici da definire entro il 1° anno di applicazione del piano, da adibire alle funzioni tecniche di più alta qualificazione presenti in sede ospedaliera ove esistano terapie intensive cardiologiche e funzioni di diagnostica emodinamica.

G – *Tecnici di igiene ambientale.*

Questa figura, sulla base dei servizi indicati nel piano, dovrebbe assorbire e sostituire l'attuale vigile sanitario.

Si tratta quindi di una figura a larga diffusione, per la quale si propone l'istituzione delle prime 4 scuole nei poli attrezzati, aprendone l'accesso ai diplomati di scuola media superiore ad indirizzo tecnico.

I corsi sono annuali con disponibilità di circa 50 posti per anno in totale.

Per gli operatori in servizio è necessario predisporre un progetto specifico di riqualificazione entro il 1° semestre del 1982.

H – *Dietista.*

In attesa di poter individuare sulla base dei programmi zonali la reale consistenza del fabbisogno si propone il mantenimento delle scuole a Torino e successivamente l'istituzione di corsi analoghi in alcune delle altre tre zone attrezzate.

I – *Educatori specializzati.*

Le funzioni connesse a questa figura professionale attengono a servizio di comunità e centri diurni di socializzazione.

Si rinvia ai programmi zonali per verificare la reale consistenza dei fabbisogni. Nel frattempo, si propone la fusione delle 2 scuole di Torino e l'istituzione di altri due corsi a Novara ed Alessandria, e l'individuazione di un curriculum unitario a livello regionale.

L – *Assistenti sociali.*

Un fabbisogno approssimativamente totale per questa figura che ha caratteristiche polivalenti ed ha impiego nelle diverse attività è di 450 circa.

Si propone il contenimento delle strutture di formazione in relazione del deficit relativamente modesto di tale personale nei servizi e soprattutto un adeguamento dei programmi alla dinamica dei servizi.

M – *Ausiliario socio-sanitario e assistente domiciliare.*

Le esigenze attengono alla riqualificazione degli ausiliari in servizio negli ospedali (per i quali è già stato predisposto un progetto e un programma di formazione in corso di realizzazione) e sia del personale occupato nei servizi di assistenza domiciliare del territorio.

È indispensabile attivare, quindi, entro il 1982 corsi per le attività territoriali il cui fabbisogno presuntivo e approssimativo supera le 3.000 unità sia pur tenendo conto della possibilità di recuperare ai servizi esterni personale ausiliario ospedaliero e delle disciolte IPAB. A tale fabbisogno va aggiunto quello, non determinabile, delle case protette.

L'esigenza di tecnici di varia natura – quali gli ottici, gli optometristi, i meccanici per apparecchiature protesiche, gli odontotecnici, ecc. – suggerisce l'opportunità di valutare a livello interregionale una nuova regolamentazione delle loro mansioni, da definire a livello nazionale.

5. PROGETTI SPECIALI DI FORMAZIONE

A – *Laureati per le attività di prevenzione e tutela sanitaria dai danni derivanti da lavorazioni nocive.*

Sono operatori da destinare alle sezioni per la tutela sanitaria nei luoghi di lavoro della U.S.L. per assolvere a funzioni tecniche molto complesse e coordinare le attività del progetto – obiettivo in questione.

Occorre predisporre entro il 1982 un progetto di formazione specifica destinato a medici igienisti, o igienisti del lavoro o medici del lavoro.

Si stima siano necessari nell'immediato 50 operatori.

Occorre inoltre affiancare nel medesimo periodo corsi di aggiornamento per tutti i medici generali coinvolti nelle attività di prevenzione (ex condotti) etc. prioritariamente nelle U.S.L. con particolare densità di insediamenti lavorativi.

B – *Tecnici laureati per i laboratori di sanità pubblica.*

I laboratori di sanità pubblica secondo le indicazioni di piano saranno elevati da 6 a 11. Per questo servizio occorrono circa 35 tecnici già laureati in discipline scientifiche (fisica, chimica, biologia, ecc.) per i quali si ritiene necessario un corso di specializzazione finalizzato al loro inserimento nei servizi.

C – *Educazione sanitaria.*

Si prevedono nel piano attività di educazione sanitaria in ogni U.S.L.

Pur trattandosi di una attività sinergica con forte interrelazione tra il sistema sanitario e la scuola, è necessario formare almeno un operatore per ogni U.S.L. destinato a promuovere e coordinare tale attività.

Il relativo progetto, di durata biennale per cento operatori, è già predisposto e va attuato entro il primo anno di piano.

D – *Tutela della procreazione libera e responsabile, della salute della donna, della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva.*

E – *Interventi per le persone portatrici di handicaps.*

F – *Tutela delle persone anziane.*

Per realizzare il coordinamento degli operatori dei servizi interessati di cui ai punti D, E, F e l'applicazione del lavoro di gruppo alle attività di cui sopra è necessario predisporre un programma di formazione permanente, riqualificazione e aggiornamento, che garantisca la rispondenza di tali servizi alle reali esigenze degli utenti e alle indicazioni di piano, individuando, se necessario, più momenti formativi per servizi, strutture e fasce di utenti diversi.

G – *Aggiornamento straordinario di tutti gli operatori interessati alla realizzazione della riforma.*

Si tratta di attività formative a tipo seminariale da realizzare entro l'anno in corso per gli operatori di disomogenea estrazione professionale e culturale: i contenuti formativi devono mirare all'acquisizione di un diverso modo di atteggiarsi degli operatori rispetto alle politiche imposte dalla riforma.

H – *Attività di formazione per le funzioni direttive.*

Si tratta di iniziative da perfezionare ed attuare per tutto il personale con responsabilità direttive nei servizi di U.S.L. per promuovere l'acquisizione di nuove competenze professionali in ordine alla conduzione dei servizi di U.S.L.

6. LE STRUTTURE PER LA FORMAZIONE

Osservazioni generali sulle strutture di formazione

Le strutture formative devono integrarsi funzionalmente con i servizi, conservando la propria autonomia e svolgendo nei confronti dei servizi stessi un ruolo di critica stimolante. Il riordino deve quindi assicurare alle strutture di formazione adeguate dotazioni logistiche e didattiche perché i corsi possano veramente essere formativi a livelli qualitativi adeguati alle funzioni che gli operatori devono assolvere nei servizi.

È prevedibile che le carenze di natura giuridico istituzionale e quelle di natura legislativa possano essere colmate in tempo relativamente breve.

Vi sono però carenze di natura didattica e pedagogica per il superamento delle quali i tempi non possono essere oggettivamente brevi.

Il quadro docente è oggi mediamente inadeguato in alcuni casi per insufficienze tecnico-professionali, didattiche e pedagogiche, in altri solo per taluni di questi tre aspetti.

Lo sforzo che si sta compiendo da alcuni anni tende a colmare proprio queste carenze fondamentali e richiederebbe l'apporto di quelle risorse - Università, istituti di ricerca coi quali occorrerà concordare interventi per la preparazione dei formatori e l'effettuazione di corsi di 2° livello.

La distribuzione territoriale delle strutture di formazione.

La formazione professionale va considerata di massima un servizio multizonale, poiché se si escludono alcune attività di aggiornamento per determinati operatori – es. asili nido – i corsi di prima formazione e di riqualificazione non possono che essere programmati su scala multizonale che, a seconda del tipo di qualifiche e di servizio, può essere intracomprensoriale, comprensoriale, multicomprensoriale, provinciale o anche regionale (es. corsi di specializzazione di secondo livello per formatori o per coordinatori di servizi).

È necessario individuare tra le Unità Sanitarie Locali del Piemonte alcune che debbono assumere il ruolo di poli di riferimento ed essere attrezzate per rispondere ai fabbisogni su scala multicomprensoriale.

Dall'analisi geografica del territorio e da quella relativa all'attuale distribuzione delle risorse, le quali non sono trasferibili, emergono 4 poli:

1) Novara per il quadrante Nord-Est (comprensori 4-5-6-7-8)

2) Alessandria per il quadrante Sud-Est (comprensori 13-14-15)

3) Cuneo per il quadrante Sud-Ovest (comprensori 9-10-11-12)

4) Torino per il quadrante Nord-Ovest (comprensori 1-2-3).

Il ruolo storico di queste 4 zone e la disponibilità di risorse, le fanno emergere come poli attrezzati per rispondere ai fabbisogni multizonali senza escludere che altre zone, sulla base dei programmi che saranno predisposti, possano e debbano svolgere funzioni analoghe.

All'interno di esse un ruolo particolare assume la zona di Torino dove sono concentrate una quantità di risorse maggiori che nelle altre e dove hanno sede le strutture universitarie.

Per queste ragioni e per la relativa facilità dei collegamenti ferroviari e stradali, la zona di Torino può essere indicata come sede per le iniziative di interesse regionale.

Ad ognuno dei poli devono fare riferimento tutte le unità sanitarie di quell'ambito territoriale in modo che possano essere utilizzate le risorse in esse ubicate e sia assicurato un interscambio continuo di informazioni, documentazione ed esperienze.

La Regione attraverso le sue strutture deve assicurare il coordinamento in modo che il sistema formativo regionale risulti integrato e collegato in circuito, consentendo un suo sviluppo omogeneo ed eliminando le strozzature attuali.

Tabella 1

In ogni U.S.L. è da prevedersi l'espletamento da parte dell'ufficio di direzione dell'U.S.L., di programmi di educazione sanitaria e formazione, di attività dirette all'analisi dei fabbisogni di formazione e alla realizzazione dei corsi di formazione e di aggiornamento e riqualificazione.

STRUTTURE PREVISTE PER IL TRIENNIO 1982-84

Comprensorio di TORINO

U.S.L. n. 1-23

1) Centro di documentazione	n. 1
2) Scuole per infermieri professionali	n. 5
3) Scuole per vigilatrici d'Infanzia	n. 1
4) Scuole per ostetriche	n. 1
5) Scuole per dirigenti dell'assistenza infermieristica e insegnanti dei corsi per infermieri professionali	n. 1
6) Scuole per terapisti: fisioterapisti, logopedisti e ortottisti	n. 3
7) Scuole per massofisioterapisti	n. 1
8) Scuole per tecnici di radiologia	n. 2
9) Scuole per tecnici di laboratorio	n. 2
10) Scuole per tecnici di igiene	n. 1
11) Scuole per dietisti	n. 1
12) Scuole per educatori specializzati	n. 1
13) Scuole per assistenti sociali	n. 2

U.S.L. n. 25

Scuole per infermieri professionali · n. 1

U.S.L. n. 26

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 27-28-29

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 30

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 31

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 32-33

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 34

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 36

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 38

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 39

Scuole per infermieri professionali n. 1

Comprensorio di IVREA

U.S.L. n. 40

Scuole per infermieri professionali n. 1

Comprensorio di PINEROLO

U.S.L. n. 44

Scuole per infermieri professionali n. 1

Comprensorio di VERCELLI

U.S.L. n. 45

1) Scuole per infemieri professionali n. 1
2) Scuole per ostetriche n. 1

Comprensorio di BIELLA

U.S.L. n. 47

Scuole per infermieri professionali n. 1

Comprensorio di BORGOSESIA

U.S.L. n. 49

Scuole per infermieri professionali n. 1

Comprensorio di NOVARA

U.S.L. n. 51

1) Centro di documentazione n. 1
2) Scuole per infermieri professionali n. 1
3) Scuole per ostetriche n. 1
4) Scuole per terapisti (fisioterapisti e logopedisti) n. 1
5) Scuole per massofisioterapisti n. 1
6) Scuole per tecnici di radiologia n. 1
7) Scuole per tecnici di laboratorio n. 1
8) Scuole per tecnici di igiene n. 1
9) Scuole per educatori specializzati n. 1

U.S.L. n. 52

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 54

Scuole per infermieri professionali n. 1

Comprensorio VERBANO-CUSIO-OSSOLA

U.S.L. n. 55

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 56

Scuole per infermieri professionali n. 1

Comprensorio di CUNEO

U.S.L. n. 58

1) Centro di documentazione n. 1
2) Scuole per infermieri professionali n. 1
3) Scuole per terapisti (fisioterapisti e logopedisti) n. 1
4) Scuole per massofisioterapisti n. 1
5) Scuole per tecnici di radiologia n. 1
6) Scuole per tecnici di laboratorio n. 1
7) Scuole per tecnici di igiene n. 1
8) Scuole per assistenti sociali n. 1

Comprensorio di SALUZZO-SAVIGLIANO-FOSSANO

U.S.L. n. 61

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 62

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 63

Scuole per infermieri professionali n. 1

Comprensorio di ALBA-BRA

U.S.L. n. 64

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 65

Scuole per infermieri professionali n. 1

Comprensorio di MONDOVI'

U.S.L. n. 66

Scuole per infermieri professionali n. 1

Comprensorio di ASTI

U.S.L. n. 68

Scuole per infermieri professionali n. 1

Comprensorio di ALESSANDRIA

U.S.L. n. 70

1) Centro di documentazione n. 1
2) Scuole per infermieri professionali n. 1
3) Scuole per vigilatrici d'Infanzia n. 1
4) Scuole per terapisti (fisioterapisti e logopedisti) n. 1
5) Scuole per massofisioterapisti n. 1
6) Scuole per tecnici di radiologia n. 1
7) Scuole per tecnici di laboratorio n. 1
8) Scuole per tecnici di igiene n. 1
9) Scuole per educatori specializzati n. 1

U.S.L. n. 72

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 73

Scuole per infermieri professionali n. 1

U.S.L. n. 75

Scuole per infermieri professionali n. 1

Comprensorio di CASALE MONFERRATO

U.S.L. n. 76

Scuole per infermieri professionali n. 1

7. POLI ATTREZZATI PER LA FORMAZIONE PROFESSIONALE

I poli attrezzati si configurano come centri di formazione gestiti dalle quattro Unità Sanitarie Locali, a tal fine individuate, dove sono generalmente organizzati tutti i corsi di prima formazione secondo le esigenze individuate dal piano regionale.

Essi devono strutturarsi per:

1 – rispondere alle esigenze di prima formazione e di riqualificazione delle Unità Sanitarie Locali comprese nel proprio ambito di competenza territoriale;

2 – fornire un concreto supporto tecnico-didattico, organizzativo e di documentazione alle medesime U.S.L.;

3 – organizzare ogni altra attività di formazione professionale attribuita dal piano di formazione regionale.

Il presidio è naturalmente gestito dalla U.S.L. e le altre si realizzano secondo le procedure previste per tutti i presidi che assolvono a funzioni multizonali.

Il piano delle attività formative del presidio multizonale deve essere quindi concordato con tutte le altre U.S.L. di quadrante e naturalmente, con la Regione.

Tabella 2

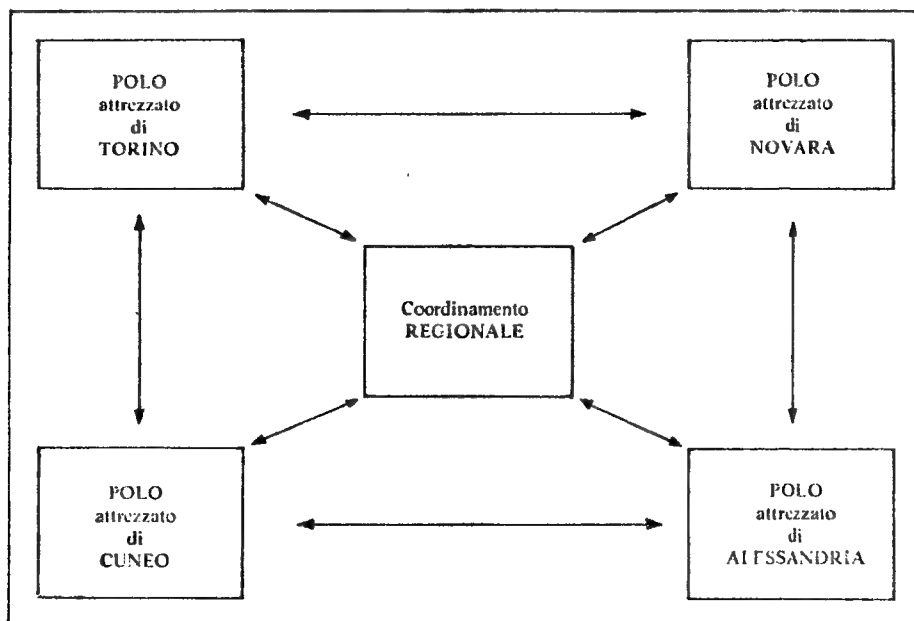
Ambiti territoriali dei poli attrezzati

1) Novara per il quadrante Nord Est - Comprensori di Novara, Verbania, Biella, Vercelli, Borgosesia

2) Alessandria per il quadrante Sud-Est - Comprensori di Alessandria, Casale e Asti

3) Cuneo per il quadrante Sud-Ovest - Comprensori di Cuneo, Alba, Mondovì, Saluzzo

4) Torino per il quadrante Nord-Ovest - Comprensori di Torino, Ivrea e Pinerolo

Sistema formativo regionale

8. AZIONI PROGRAMMATICHE DA REALIZZARE NELLA PRIMA FASE DI ATTUAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO PER IL PRIMO SEMESTRE 1982

Le attività programmatiche formative da realizzare con criteri di priorità sono le seguenti:

A) *Attività formativa per l'aggiornamento e la riqualificazione del personale addetto al coordinamento delle U.S.L.*

Particolare rilevanza assume il ruolo dei coordinatori all'interno dell'ufficio di direzione delle U.S.L. secondo l'assetto organizzativo previsto dalla legge 23-12-78, n. 833, dalle leggi regionali n. 3 del 21-1-80 e n. 60 del 22-5-80.

Si ritiene, pertanto, che i programmi formativi debbano:

a) mettere in grado di costruire un modello direzionale capace di autoadattarsi alla dinamica della programmazione.

b) Esaltare la collegialità operativa che si esprime soprattutto in ruolo di orientamento e di verifica.

c) Stimolare la partecipazione come strumento di adeguamento della operatività ai processi di programmazione.

La formazione dei coordinatori, pertanto, più che sulle discipline tecniche sarà improntata ad un approfondimento delle metodologie di lavoro collegiale.

I corsi di formazione avranno sede presso i 4 presidi multizonali di formazione con momenti di verifica centralizzati.

Soggetti destinatari sono i tre responsabili del coordinamento di ogni U.S.L.

B) *Programmi di formazione e di aggiornamento degli ausiliari socio-sanitari.*

Si ritiene che la figura dell'ausiliario socio-sanitario nel contesto della riforma sanitaria e nell'ottica della integrazione fra le aree della sanità, del sociale e dell'assistenziale, debba assumere una prevalente connotazione di carattere sociale.

Va considerata l'esigenza di una operatività nuova degli ausiliari socio-sanitari, da cui fare discendere modelli diversi di professionalità tesi ad interrompere processi di emarginazione e di esclusione nei confronti della condizione anziani, minorile degli handicaps fisici e psichici. Vista in questa ottica la figura dell'ausiliario socio-sanitario costituisce un elemento di modificazione anche nell'attuale assetto dei servizi sanitari, in particolare ospedalieri ed al loro interno della organizzazione del lavoro.

Vanno, pertanto, presi in considerazione il momento di formazione ex nuovo e quello di aggiornamento riferito al personale già in servizio presso strutture sanitarie o assistenziali che ha partecipato ai primi momenti di formazione.

I corsi di formazione e quelli di riqualificazione e di aggiornamento saranno gestiti a livello decentrato ed organizzati dalle U.S.L.

C) *Riqualificazione degli infermieri generici e psichiatrici.*

Il programma della riqualificazione degli infermieri generici e psichiatrici si avvia al 2° anno di realizzazione.

Esso necessita:

– corsi finalizzati esclusivamente alla straordinaria riqualificazione soprattutto per le lezioni teoriche, è utile, invece, prevedere momenti di integrazione con gli allievi della scuola ordinaria per quanto riguarda i tirocini pratici;

– necessità di facilitare al massimo l'accesso alla straordinaria riqualificazione e la frequenza dei corsi;

– necessità di approfondimento degli aspetti didattico pedagogici, affinché il problema dell'educazione dell'adulto venga assunto da parte dei docenti in modo stimolante e soprattutto in modo tale da non ingenerare negli allievi sensazioni di frustrazioni.

A tal fine dovranno proseguire le iniziative di aggiornamento già intraprese nel corso dell'anno scolastico 1980-81.

– Il fenomeno della scarsa partecipazione ai corsi da professionali da parte degli infermieri psichiatrici, e le critiche mosse da questi ultimi ai programmi – di insufficiente preparazione in psichiatria, suggerisce la necessità:

a) di integrare in tal senso i programmi dei corsi da professionali.

b) innescare processi formativi per operatori psichiatrici tali da rendere sempre più interagente il momento formativo e quello operativo funzionale.

Pertanto, i programmi di riqualificazione e di aggiornamento vedranno come centralità formativa la professionalità acquistata nelle esperienze territoriali alla luce della L. 180 e della 833/78 e terranno conto:

– della territorialità degli interventi con l'obiettivo di disincentivare al massimo il ricorso al ricovero di qualunque natura e tipo;

– della unificazione tra i momenti di prevenzione, cura e riabilitazione con accentuazione degli interventi preventivi;

– della integrazione tra momenti e servizi sanitari e sociali.

D) *Programmi di aggiornamento per gli operatori che intervengono nel progetto di tutela della procreazione libera e responsabile, della salute della donna, della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva.*

Occorre in quest'ambito, recuperando l'esperienza dei corsi già attivati per i servizi consultoriali, assumere iniziative dirette all'integrazione di questi operatori fra di loro e con i servizi integrativi ospedalieri e non, alla costruzione di nuovi modelli previsti dal progetto-obiettivo nonché all'attuazione degli adempimenti previsti dalla legge 194/78 in ordine agli interventi di prevenzione delle richieste di aborto volontario. I corsi saranno organizzati a livello decentrato e gestiti dalle U.S.L. con il supporto dei presidi multizonali di formazione e secondo gli indirizzi regionali.

E) *Attività formative per l'aggiornamento del personale sull'assistènza domiciliare.*

Obiettivo prioritario di formazione deve essere l'adeguamento di capacità operative polivalenti del personale addetto alle funzioni di assistenza domiciliare rispetto agli obiettivi del servizio stesso, tesi in particolare a garantire l'autonomia delle persone nel proprio ambiente. Soggetti destinatari sono gli operatori che a qualunque titolo intervengono nell'assistenza domiciliare con estrazione professionale diversificata (ausiliari socio-sanitari o figure professionali assimilabili, infermieri, operatori della riabilitazione, assistenti sociali), ecc.

F) *Attività formative di aggiornamento degli operatori degli asili-nido.*

Obiettivo formativo è quello delle interazioni tra momento educativo ed il momento di prevenzione sanitaria e sociale.

I contenuti, pertanto, di tale corso dovranno tendere a fornire agli operatori degli asili-nido strumenti culturali per attuare una corretta politica di costruttivo investimento sociale e per collegarsi fattivamente alle tematiche socio-sanitarie.

G) *Programmi di formazione per i tecnici di igiene ambientale.*

L'attivazione dei servizi di igiene pubblica della U.S.L. a cui compete la tutela dell'igiene dell'ambiente di vita e di lavoro, per l'assolvimento delle funzioni prevede due diversi livelli di intervento:
per l'attivazione dei servizi di 1° livello si richiede l'impiego di personale tecnico attualmente disponibile nel ruolo sanitario regionale in misura limitata.

Pertanto, si procederà nel corso del 1° semestre dell'anno 1982 all'attivazione di 2 corsi per 30 tecnici di igiene ambientale ciascuno, che avranno funzioni di vigilanza e di controllo su tutti i fattori che possano comportare rischi per la salute dell'uomo e degli animali.

Soggetti destinatari sono i diplomati in indirizzi tecnici (periti chimici-periti agrari, scuola sperimentale e ad indirizzo bio sanitario ecc.). La durata del corso teorico pratico è annuale.

Sedi formative i servizi multizonali di formazione di Torino e per le Province di Torino, Cuneo ed Asti e di Novara per le Province di Novara, Vercelli ed Alessandria.

Si richiama inoltre qui il corso di specializzazione per laureati di cui al punto 5 del documento.

H) *Piano di riorganizzazione didattica e di verifica dei programmi di formazione scolastica.*

Particolare rilevanza si ammette alla riorganizzazione delle attività formative, che dovranno essere fornite di:

a) strutture adeguate di base e di supporto.

b) attrezzature che consentano un largo uso dei più moderni metodi di studio.

c) sedi dignitose ed idonee secondo le norme di edilizia scolastica.

d) organici di operatori socio-sanitari vincolati allo svolgimento delle attività formative.

Nei corsi per operatori socio-sanitari codificati con leggi statali si prevederà la organizzazione di istituti mutuati dalla scuola come i consigli di classe, il collegio dei docenti ed il consiglio di disciplina.

Di preminente rilievo sarà la verifica dei programmi in rapporto all'assetto istituzionale dei servizi ed ai contenuti di nuove professionalità che derivano dall'applicazione delle leggi di riforma.

Allegato n. 7 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

INTEGRAZIONE UNITARIA, A LIVELLO TERRITORIALE, DELLE ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA E TERAPIA STRUMENTALE

1. PREMESSE E FINALITA'

Obiettivo fondamentale della riforma sanitaria nel nostro paese è riportare a razionale unità l'intero sistema sanitario.

Superare cioè la logica della frammentazione e incomunicabilità degli interventi nonché la logica della compartimentazione stagna fra strutture e funzioni, a sua volta legata a una storica e superata pluralità di Enti gestori (Enti di assicurazione mutualistica, Enti ospedalieri, Comuni, Province, ecc.).

Razionale e moderno obiettivo la cui finalità discende altresì dalla necessità di garantire a ogni cittadino, oltreché omogenee e ragionevoli opportunità di potersi avvalere delle prestazioni a cui ha diritto, anche e soprattutto l'indispensabile unità e continuità della presa in carico dei suoi problemi sanitari complessivi, indipendentemente dal livello di esercizio nonché dalla collocazione territoriale della struttura o funzione sanitaria di volta in volta chiamata in causa e sollecitata ad operare.

Asse portante della legge di riforma n. 833 è infatti *la ricomposizione unitaria a livelli territoriali determinati, e consensualmente definiti, di tutte le articolazioni strutturali e funzionali del sistema sanitario.*

Il che comporta l'elementare obbligo di riconsiderare il ruolo e le funzioni di *tutte* queste componenti (nessuna esclusa, e compreso quindi anche quelle dell'ospedale considerato alla « vecchia » maniera) nonché, soprattutto, le loro reciproche interrelazioni.

D'altra parte non va sottaciuto un concetto di fondo legato allo stesso dettato costituzionale che definisce la salute come « *fondamentale diritto del cittadino e interesse della collettività* ».

Dal che ne deriva che, di conseguenza, la salute da fatto individuale diventa un fatto collettivo, un fatto di tutti ed ognuno. E spetta pertanto alla collettività, cioè alle singole comunità interessate nel loro complesso, *il preciso dovere di predisporre una adeguata rete di strumenti positivamente organizzati* per difendere e conservare la salute, e, se possibile, per incrementarla a favore di tutti i componenti della propria comunità omogenea di popolazione.

Si è ritenuto di porre l'accento su questo fondamentale concetto per due ragioni di carattere metodologico e pratico.

Primo per richiamare la responsabilità dei rappresentanti politico-amministrativi e tecnici delle singole comunità della regione in ordine al loro inequivocabile diritto-dovere di predisporre su tutto il territorio regionale una rete primaria di strumenti pubblici tecnicamente efficienti, convenientemente diffusi e universalmente accessibili a tutti i cittadini.

Il che ha come presupposto il razionale perseguimento dell'efficienza complessiva della rete e il pieno sfruttamento di tutta la sua potenzialità operativa, che è appunto tecnicamente realizzabile solo attraverso la opportuna e razionale integrazione funzionale di tutte le sue articolazioni operative territoriali.

In secondo luogo perché la pubblica amministrazione, e in primo luogo gli organi di autogoverno locale, non può *di norma* delegare e tanto meno subappaltare questo diritto-dovere, cioè queste sue primarie e specifiche funzioni, all'attività imprenditoriale privata se non in limitati ed eccezionali casi, che sono quindi da ritenere come storicamente transitori e doverosamente superabili mediante una adeguata programmazione dell'intervento pubblico.

Va inoltre sottolineato che in ogni caso compete alla pubblica amministrazione anche l'altrettanto preciso dovere di garantire un corretto e non dispersivo utilizzo delle risorse finanziarie disponibili.

Va infatti tenuto conto che i servizi del comparto pubblico, una volta attivati come di dovere, devono essere continuativamente pagati vuoto per pieno. E questo sia nel caso che funzionino appieno, come è doveroso richiedere, sia nel caso che non funzionino a pieno regime perché non convenientemente utilizzati.

Appare pertanto più che legittimo che la collettività si faccia anche doverosa premura di garantire il loro pieno e permanente utilizzo. E quindi ripieghi sull'uso degli strumenti del comparto privato solo in via surrogatoria, e in ogni caso *solo dopo avere garantito, in via prioritaria, tale* loro pieno utilizzo. Atteso anche che non pare ragionevole che la collettività paghi di fatto due volte, provvedendo a finanziare una doppia rete di strumenti apparentemente finalizzati alle medesime prestazioni, ma che in realtà e oggettivamente si elidono a vicenda. In altre parole che la collettività sia tenuta a finanziare, come di dovere, le proprie strutture e nel contempo a garantire in parallelo l'autofinanziamento con risorse pubbliche dell'imprenditorialità privata in campo sanitario.

D'altra parte risulta del pari evidente che laddove le norme costituzionali e la stessa legge n. 833 non vietano anzi ribadiscono il diritto del cittadino di avvalersi, quando lo creda, di strutture private non stabiliscono affatto che il medesimo cittadino è legittimato a fare questa sua personale e privatissima scelta, non già ricorrendo alle sue altrettanto personali e private risorse economiche, ma bensì attingendo a piacimento alle risorse pubbliche che non sono evidentemente sue personali, ma finanziate da tutti i cittadini, e a disposizione di tutti i cittadini, normali fruitori dell'intera rete di pubblici servizi.

2. STATO ATTUALE DEL SETTORE

Soprattutto l'insieme delle attività di diagnostica e terapia strumentale, ma non solo questo, denuncia vistose deficienze di corretto esercizio.

Deficienze che comportano da una parte notevoli disagi per gli utenti il cui necessario e ragionevole accesso alle prestazioni diagnostiche utili, realisticamente possibile oggi anche grazie allo sviluppo scientifico e tecnologico del settore, è di fatto reso difficile dalla incongrua distribuzione territoriale degli strumenti pubblici nonché dalla loro spesso assai discutibile resa funzionale, soprattutto nell'area extraospedaliera sinora gestita dai disciolti enti mutualistici.

A questo si aggiunge spesso una costosa duplicazione di interventi diagnostici a livello del medesimo utente, quando non si assiste addirittura a inutili ricoveri per pure attività diagnostiche assai spesso anche banali.

Il che ha in larga parte origine dalla frammentazione e incomunicabilità dei centri decisionali e di gestione che ha caratterizzato sinora la fase preriforma del sistema sanitario del nostro paese.

In altre parole dalla storica separazione di fatto determinatasi fra la cosiddetta « area ospedaliera » gestita dagli ospedali da una parte e la cosiddetta « area extraospedalie-

... » gestita dai disciolti enti mutualistici, e in scarsa misura dai Comuni e dalle Province, dall'altra.

È inoltre abbastanza noto come, anche nell'ambito delle suddette aree, le singole componenti di servizio si ignorino di fatto e non intrattengano fra loro alcun rapporto operativo e funzionale che non sia puramente occasionale.

Si spiega anche per queste ragioni il pullulare di attività diagnostiche di tipo privatistico che trovano un facile terreno di mercato, assai spesso di pura connotazione consumistica, nelle pieghe e negli spazi lasciati liberi dalle inefficenze funzionali e di rete dei servizi del comparto pubblico.

3. INDIRIZZI E CRITERI PER IL POTENZIAMENTO INTEGRATO DELLA RETE PUBBLICA DI ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA E TERAPIA STRUMENTALE

Corrette e realistiche modalità di superamento degli inconvenienti più sopra illustrati possono essere individuati con l'applicazione rigorosa e coerente dei principi seguenti.

a) Superamento graduale, ma costante e sistematico, delle tradizionali modalità operative dei servizi di diagnostica e terapia strumentale impostate su « aree intra ed extraospedaliere » separate.

Tale superamento è d'altra parte reso necessario al fine della complessiva resa funzionale, ed anche economica, dell'insieme delle attività specifiche di ciascuna branca diagnostica per ciascun territorio determinato, e per la popolazione che vi abita facendo capo a ogni singola U.S.L.

b) Consapevolezza del ruolo nuovo dell'ospedale territorialmente competente.

Ruolo nuovo che vede l'ospedale non più come un mondo indipendente e concluso, come una struttura globale apparentemente buona a tutti gli usi, che trovava giustificazione unicamente in se stessa, che aveva principio e fine unicamente in se stessa.

In una organizzazione sanitaria moderna l'ospedale è invece una struttura parziale, che procede da altre strutture, che si giustifica unicamente in ragione della sua articolazione in una struttura più vasta, che ha principio e fine in questa più complessa articolazione funzionale.

Tant'è che nel piano socio-sanitario della Regione Piemonte il ruolo dell'ospedale viene chiaramente individuato nell'ambito del compresso delle attività integrative di base, cioè delle attività che operano a supporto dei servizi distrettuali di base e che sono svolte anche dall'ospedale, ma non solo dall'ospedale.

In applicazione di tale principio appare evidente come sia possibile articolare l'attività operativa di ciascun servizio diagnostico pubblico ospedaliero, purché opportunamente rinforzato, in modo che possa farsi carico anche di specifiche presenze qualificate fino nei presidi poliambulatoriali e in alcuni casi, come ad esempio per il laboratorio analisi, persino a livello distrettuale.

c) Opportunità gestionale e funzionale che consiglia di pervenire per ogni branca diagnostica, come verrà più specificatamente illustrato al seguente punto 4., all'« *unicità del servizio articolabile su più sedi operative territoriali intra ed extraospedaliere* ».

L'applicazione di tale principio risponde altresì a una fondamentale esigenza già richiamata in premessa.

E cioè l'esigenza di garantire l'indispensabile « unità e continuità della presa in carico » dei singoli casi. In altre parole di garantire che i problemi sanitari di ogni membro di una determinata comunità vengano affrontati con positive omogenee e unitarie modalità operative sia dentro che fuori dell'ospedale.

Oltre il resto in tal caso la validità della prestazione può essere altresì garantita e riconosciuta dal medesimo responsabile di servizio e dalla sua équipe, indipendentemente dal livello territoriale e di esecuzione in cui è stata erogata.

Risulta evidente come questa metodologia operativa e funzionale possa evitare non solo costose duplicazioni di prestazioni e fornire prestazioni qualificate e razionalmente validabili anche a livello territoriale extraospedaliero ma possa costituire, al limite, anche una non secondaria protezione dei cittadini contro molti ricoveri inutili, o almeno abbreviare in modo consistente i tempi morti di degenza ad esempio tramite i cosiddetti ricoveri chirurgici programmati.

Tali modalità e articolazioni operative risultano particolarmente percorribili e utili soprattutto a livello di servizi di diagnostica strumentale (laboratoristica, radiodiagnostica, cardiologica, fisiochinesiterapica, ecc.) in quanto anche in ambito ospedaliero tali servizi notoriamente non sono dotati di letti e agiscono solo a supporto dei normali reparti di degenza.

Analogo discorso, se pur con modalità organizzative diverse e specifiche, può essere fatto ad esempio per le attività di supporto territoriale pneumologico e per ogni altra attività ospedaliera, di servizio e di reparto, in cui l'esperienza e lo sviluppo scientifico consiglino e rendano opportuno garantire l'unità e continuità della presa in carico mediante attività di singoli servizi e reparti, orientate al fine di consentire a livello territoriale sia interventi di supporto precoci e tempestivi sia le cosiddette « dimissioni protette ».

4. MODALITA' OPERATIVE PER SINGOLI SERVIZI DI DIAGNOSTICA E TERAPIA STRUMENTALE

Vengono qui schematicamente ripresi alcuni indirizzi e criteri.

4.1. Servizi di laboratorio analisi

Criterio informativo del processo di integrazione unitaria, e quindi anche di potenziamento operativo e di incremento della resa funzionale, della rete regionale pubblica di tali servizi è costituito dalla ragionevole concentrazione delle sedi di esecuzione di analisi nonché dal loro opportuno collegamento con centri di prelievo da attivare in ognuna delle previste articolazioni di distretto delle singole Unità locali.

In questo quadro il richiamato principio dell'« unicità del servizio » viene realizzato individuando in ogni Unità locale il servizio ospedaliero di riferimento che tramite il proprio responsabile e la sua équipe, deve farsi carico del necessario e graduale processo di integrazione unificata delle sedi esistenti nonché dei conseguenti problemi di recupero e riqualificazione del personale in servizio.

Del pari appare opportuno che per le Unità locali prive di servizio pubblico, o dotate di servizio pubblico non adeguato, venga individuato il servizio ospedaliero di riferimento di una Unità locale contermine a cui affidare il compito e la responsabilità della preparazione del personale tecnico e laureato occorrente per la istituzione, oppure per l'adeguato potenziamento del servizio pubblico che si rendesse necessario.

Sono state pertanto formulate le seguenti differenziate ipotesi operative:

a) *Unità locali in cui è funzionante un servizio ospedaliero* e per cui si prospettano due differenti ipotesi:

– *Unità locali con popolazione inferiore a 80.000 abitanti.*

Sono in totale in numero di 33 al di fuori del contesto urbano di Torino.

Per queste Unità locali l'unicità del servizio e il suo potenziamento operativo appare di più facile e immediata realizzazione. Anzi in alcune Unità locali è già positivamente in atto. Rimangono aperti alcuni problemi di mobilità del personale tecnico e infermieristico nonché di individuazione di opportune modalità differenziate e consensuali di integrazione a livello di sede unica di esecuzione di analisi delle componenti mediche a rapporto professionale.

Problemi che andranno opportunamente affrontati nel corso delle trattative per il previsto contratto unico e per la convenzione specialistica.

– *Unità locali con popolazione superiore a 80.000 abitanti.*

Tale situazione riguarda 7 Unità locali (45-47-51-65-68-70-76) più 3 Unità locali (44-45-58) con carico di popolazione al limite o per il cui servizio di laboratorio ospedaliero è prevedibile, in una prima fase, un carico di lavoro aggiuntivo proveniente da Unità locali contermini prive di servizio di laboratorio pubblico.

In tali Unità locali può essere ipotizzabile, ma non necessariamente con carattere prescrittivo, l'eventuale duplicazione della sede di esecuzione di analisi con opportuna distribuzione del carico di lavoro fra le due sedi.

In ogni caso le due sedi devono essere operativamente e funzionalmente integrate secondo il principio del servizio unico operativamente articolato su due sedi.

b) *Unità locali senza servizio ospedaliero*

Anche in questo caso si prospettano due differenti ipotesi:

– *Unità locali con popolazione inferiore a 30.000 abitanti.*

Tale situazione riguarda 3 Unità locali (29-41-42). In questo caso è ipotizzabile solo la attivazione di adeguati punti di prelievo collegati con il servizio ospedaliero di una Unità locale contermine.

– *Unità locali con popolazione superiore a 30.000 abitanti.*

Tale situazione riguarda 6 Unità locali (24-28-33-60-48-59). In questo caso è ipotizzabile o la costituzione di un servizio di laboratorio nuovo oppure il potenziamento adeguato di un servizio già esistente che andrà collegato con punti di prelievo territoriali.

Dovranno pertanto venire adottate opportune soluzioni-ponte transitorie responsabilizzando a tal fine il servizio di laboratorio ospedaliero di una delle Unità locali contermini.

c) *Contesto urbano di Torino* (Unità locale 1-23).

Il problema dell'integrazione unitaria, a livello territoriale, delle funzioni e prestazioni di laboratorio analisi riflette ovviamente le complesse difficoltà che sono comuni alla ottimale territorializzazione di tutti i servizi integrativi nelle grandi aree metropolitane e richiedono di indicare alcuni possibili e realistici elementi di avvio del processo che andranno opportunamente verificati nell'ambito del previsto specifico « Programma ospedali e poliambulatori di Torino ».

4.2. Servizi di anatomia - istologia patologica e citologia

Tali servizi sono previsti unicamente presso gli ospedali con riferimento comprensoriale.

Anche in questo caso, come per i servizi trasfusionali di cui al punto 4.3 che segue, viene programmaticamente evitata la eccessiva dispersione dei servizi tenendo conto che i medesimi svolgono attività di supporto diagnostico tecnicamente e professionalmente assai impegnative, nonché della difficoltà di formazione e reperimento del necessario personale laureato e tecnico qualificato.

Una politica che, almeno nel corso del presente triennio di piano non perseguisse consapevolmente il metodo di individuare solo a livello comprensoriale la collocazione di tali delicati servizi rischia in ogni caso o di attivare servizi esistenti solo nominalmente creando quindi deludenti aspettative oppure, peggio ancora, dei servizi fantasma con organici incompleti che risultano spesso più dannosi che utili, quando non addirittura pericolosi.

È infatti appena il caso di sottolineare che spetta a questi servizi il compito dei riscontri autoptici, di serio impegno per gli intuibili risvolti medico-legali. Ma soprattutto spetta il compito della diagnostica tumorale di cui appare inutile sottolineare la indispensabile serietà nonché le implicazioni in ordine psicologico e sociale soprattutto nell'ambito della diagnostica preclinica, la quale notoriamente non consente spazi per attività improntate al pressapochismo e all'improvvisazione.

Dal punto di vista funzionale e organizzativo vanno individuate due fondamentali funzioni di supporto:

a) *supporto in rete*: in relazione alle attività di normale competenza dei singoli reparti e servizi operanti negli ospedali della rete regionale previsti nelle Unità locali del comprensorio di competenza.

In questo ambito vanno individuate due distinte ma contestuali attività:

– attività di riscontro autoptico
– attività di riscontro istopatologico.

Questo secondo tipo di attività deve prevedere anche opportune modalità calendarizzate, e ragionevolmente programmate in modo consensuale fra reparti e servizi interessati, per consentire l'allestimento e la lettura tempestiva dei preparati per congelazione;

b) *supporto alle attività distrettuali di ostetricia e ginecologia.*

I necessari e razionali collegamenti prevedono altresì:

– attività di prelievo e preparazione di strisci da parte del personale dei servizi ostetrico-ginecologici distrettuali.
– trasmissione degli strisci al servizio territorialmente competente a cura dell'ufficio di direzione dell'U.S.L.;
– colorazione e lettura del preparato da parte del servizio;
– trasmissione del referto al distretto sempre tramite gli uffici di direzione dell'U.S.L.

Tutto il processo avviene sotto la responsabilità del servizio di anatomia e istologica patologica territorialmente competente che ne definisce e fissa le modalità e articolazioni operative con gli uffici di direzione di U.S.L. nonché con i servizi distrettuali di volta in volta interessati.

Tutti i servizi di anatomia e istologia patologica previsti nel piano sono stati inseriti in uno specifico programma di potenziamento operativo, di cui sono stati concordati consensualmente con gli interessati impegni, tempi e modalità operative. Il programma in questione, che prevede il potenziamento differenziato in personale e attrezzature, è già stato avviato e finanziato con apposite delibere da parte della Giunta Regionale fin dal giugno 1980.

I previsti collegamenti in rete fra i servizi di anatomia e istologia patologica a livello comprensoriale e le singole Unità locali di riferimento sono descritti nell'allegato n. 28 alla legge di piano.

4.3. Servizi trasfusionali

Le articolazioni operative e funzionali di tali servizi comprendono:

– *Centro trasfusionale*
– *Antenna trasfusionale*
– *Emoteca*

Va sottolineato che anche, in questo caso, tali articolazioni costituiscono un tutto organico facente capo ad un servizio unico, sotto la responsabilità tecnica e operativa del primario e della sua équipe, indipendentemente dalla collocazione delle previste articolazioni funzionali nel territorio delle Unità locali del comprensorio di riferimento.

Pertanto gli organici dei singoli servizi sono opportunamente calibrati in funzione delle differenziate attività e delle sedi di esecuzione delle medesime stabilite dal piano.

Attività che vanno considerate in termini globali e complete e che attengono: il prelievo, la raccolta, la tipizzazione, la conservazione e infine la assegnazione del sangue.

Attività quindi che prevedono funzioni adeguatamente periferizzate a livello di Unità locale o di distretto, come il prelievo e la raccolta del sangue, i cui ritmi e modalità operative vanno opportunamente concordate con le associazioni locali di donatori volontari, al fine di valorizzare al massimo il positivo spirito solidaristico, le capacità organizzative nonché di propaganda alla donazione.

Altre funzioni, come la tipizzazione, conservazione e distribuzione del sangue prevedono invece attività più centralizzate e di più elevato impegno tecnico e professionale.

Altrettanto dicasi per la preparazione di emoderivati a pronto uso che sono da considerare normali attività di ogni centro trasfusionale degno di questo nome.

Ciascun centro trasfusionale in prospettiva deve altresì mettersi in grado di provvedere al soddisfacimento di bisogni di « trasfusioni mirate e personalizzate » per particolari utenti (emofilici, talassemici, leucemici, ecc.) residenti nelle Unità locali del comprensorio di competenza e che necessitano di frequenti e periodiche terapie trasfusionali.

Ciascun centro deve altresì partecipare alle campagne di solidarietà programmata concordate e attivate dalla Regione Piemonte a favore e supporto di altre regioni deficitarie di sangue.

Le problematiche della produzione di emoderivati a lunga conservazione sono trattate nell'allegato 22 alla legge di piano.

Anche per questi servizi, come già detto per i servizi di anatomia e istologia patologica, la loro collocazione è prevista unicamente a livello di comprensorio presso una sede ospedaliera, in genere già sede di D.E.A. di 1° o 2° livello.

Presso altri ospedali sono previste o « antenne trasfusionali » o semplici « emoteche ».

Si sottolinea comunque che tali strutture periferiche non hanno organico proprio. Il personale necessario, anche per le attività di prelievo e raccolta del sangue nelle singole Unità locali di competenza, è messo a disposizione, con modalità opportunamente articolate, da parte del centro trasfusionale territorialmente competente.

4.4. Servizi di radiodiagnostica

Anche in questo comparto, elemento di riferimento e di supporto necessario e indispensabile nell'ambito di una organica ed efficente rete di servizi pubblici non può essere individuato altrimenti che nel servizio previsto presso gli ospedali di riferimento individuati per ciascuna Unità locale.

Risulta quindi opportuno che in ciascuna Unità locale vengano previste le necessarie articolazioni del servizio ospedaliero territorialmente competente. Articolazioni territoriali di cui il servizio ospedaliero può convenientemente farsi carico tramite il proprio responsabile e la sua équipe opportunamente rinforzata nella dotazione organica.

Il livello ottimale di esercizio di tali articolazioni territoriali del servizio ospedaliero di radiodiagnostica è stato individuato presso le sedi poliambulatoriali extraospedaliere attivabili in funzione di popolazioni non inferiori a 30.000 abitanti.

Presso tali sedi ambulatoriali è infatti prevedibile una domanda di prestazioni/anno tale da rendere opportuna e conveniente l'installazione di una unità diagnostica-tipo.

4.5. Servizi di recupero e riabilitazione funzionale

Questo tipo di servizi, peraltro al momento attuale assai carenti su tutto il territorio regionale, manifesta più di ogni altro la necessità di funzioni e attività molto integrate sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero.

Basti pensare alle sempre più frequenti malattie a rischio invalidante della popolazione anziana, ma non solo di questa.

Malattie a esordio spesso imprevedibile, ma ad andamento immediatamente grave, e che comportano nella maggioranza dei casi un urgente ricovero ospedaliero.

La possibilità di totale o parziale ma soddisfacente recupero è notoriamente legata a una corretta attività interdisciplinare il cui elemento nodale e qualificante è costituito dal precoce e tempestivo intervento del servizio di recupero e riabilitazione funzionale.

Per questa ragione il piano regionale prevede la graduale attivazione di tali specifici servizi presso tutti gli ospedali pubblici della prevista rete regionale.

La conveniente continuità della presa in carico degli interessati si deve poi prolungare nel corso delle cosiddette « dimissioni giornaliere » gestite nell'ambito dell'ospedale di giorno. E infine, nei casi più positivi, continuarsi anche con una opportuna attività ambulatoriale.

Risulta pertanto necessario, soprattutto in questo comparto, l'applicazione del richiamato principio dell'« unicità del servizio » articolabile su più sedi intra ed extraospedaliere territoriali.

Il livello territoriale di esercizio conveniente è stato individuato anche in questo caso nelle unità poliambulatoriali attivabili al servizio di popolazioni omogenee non inferiori a 30.000 abitanti.

Tali articolazioni territoriali consentono la installazione di una équipe minima di operatori fornita delle opportune dotazioni necessarie anche per fisioterapia strumentale ambulatoriale.

Il dimensionamento di tali équipes minime nonché le dotazioni in locali e strumenti sono descritte nell'allegato n. 17 alla legge di piano.

4.6. Servizi cardiologici

Costituiscono un insieme di funzioni e di attività indispensabili al fine dello sviluppo di coerenti ed efficaci « *Azioni contro le malattie cardio-vascolari* », che sono oggetto di più ampia illustrazione nell'allegato 14 alla legge di piano.

Occorre sottolineare almeno tre aspetti del carattere unitario e integrato di tali servizi:

a) la necessità che siano convenientemente diffusi sul territorio pur conservando un livello di esercizio che consenta la dotazione di adeguate attrezzature;

b) l'esigenza dell'individuazione di diversi livelli territoriali di esercizio pur mantenendo, e anzi promuovendo costantemente fra tali livelli permanenti e positivi, rapporti operativi e funzionali;

c) l'opportunità dell'integrazione con i normali reparti e divisioni di medicina generale che negli ospedali a riferimento comprensoriale e intercomprensoriale deve almeno avere carattere dipartimentale.

Pertanto devono essere previste:

a) *funzioni cardiologiche di base.*

A tal fine deve essere prevista per ogni Unità locale la presenza di almeno un assistente con specializzazione ed esperienza cardiologica nell'ambito delle normali divisioni di medicina generale.

Tale presenza deve essere variamente calibrata al fine di garantire una adeguata attività cardiologica di supporto per i servizi medici di base di ciascuna Unità locale, almeno presso ognuna delle unità poliambulatoriali previste dal piano. Nel contempo deve essere garantita una qualificata attività di supporto anche per le altre divisioni e servizi di specialità all'interno di ciascun ospedale.

Le dotazioni strumentali minime da assegnare a ciascuna divisione di medicina generale, nonché a ciascuna delle collegate unità poliambulatoriali, sono da definirsi a livello regionale. Altrettanto dicasi per le dotazioni strumentali dei servizi cardiologici previsti in rete di riferimento comprensoriale e intercomprensoriale.

In ogni caso lo specialista cardiologo dei competenti servizi pubblici è tenuto a svolgere le proprie attività di supporto consulenziale anche al domicilio del paziente su richiesta dei servizi medici di base. E a tal fine devono essere previste opportune attrezzature diagnostiche portatili;

b) *servizi cardiologici in rete di riferimento comprensoriale e intercomprensoriale:*

– dimensionamento e collocazione territoriale di tali servizi sono definiti dal piano;

– svolgono nell'ambito dell'Unità locale in cui sono collocati anche le funzioni cardiologiche di base descritte al precedente punto a);

– sono tenuti a svolgere funzioni di supporto di seconda istanza per le normali attività cardiologiche previste nelle Unità locali e nei comprensori contermini.

I cardiologi operanti nelle singole Unità locali come supporto specialistico qualificato dei servizi medici di base nonché di ogni attività medica intra ed extraospedaliera, costituiscono altresì il tramite naturale e corretto per gli eventuali interventi che si rendessero di volta in volta necessari anche da parte dei servizi in rete di riferimento comprensoriale e intercomprensoriale;

c) *modalità operative strettamente integrate con le attività di medicina generale.*

Il principio della « unità e continuità della presa in carico dei casi » cui si collega il concetto di « unicità dei servizi articolabili su più sedi ospedaliere ed extraospedaliere territoriali » assume particolare rilevanza soprattutto per le attività cardiologiche.

È questa in primo luogo la ragione per cui le funzioni cardiologiche di base, descritte al punto a), vengono di norma e in via programmatica espresse e garantite dalla divisione di medicina generale del presidio ospedaliero pubblico territorialmente competente.

Al fine appunto di assicurare convenienti e unitarie modalità di intervento diagnostico e di trattamento terapeutico sia in fase ospedaliera che extraospedaliera rendendo quindi più razionali e organiche le funzioni integrative e di consulenza a supporto dei servizi medici di base. E questo anche con lo scopo di superare una tradizionale e non sempre positiva metodologia di separazione e di compartimentazione stagna delle attività e degli interventi sinora artificiosamente divisi fra « aree » cosiddette ospedaliera ed extraospedaliera. Metodologia questa storicamente legata all'assetto istituzionale degli enti mutualistici e ospedalieri che è appunto stato superato dalla legge di riforma 833.

Nel contempo tale criterio che affida di fatto a una divisione di medicina generale il compito di garantire in modo diffuso e qualificato tali attività di supporto territoriale di prima istanza crea altresì le condizioni per concreti positivi rapporti di interscambio permanente fra la competenza cardiologica di ciascuna divisione di medicina e i servizi di riferimento in rete comprensoriale e intercomprensoriale.

Allegato n. 8 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

PROVVEDIMENTI IN MATERIA DI FARMACI

In aggiunta a quanto previsto al punto 27 *sub* 1) dell'allegato 1, si formulano i seguenti ulteriori elementi di indirizzo.

In ogni presidio ospedaliero generale unico deve essere attivata la farmacia interna in modo da consentire l'approvvigionamento e la somministrazione dei farmaci.

Entro il 1982 nelle Unità sanitarie locali, non dotate di ospedale, la farmacia interna per la somministrazione di farmaci a pazienti durante la loro permanenza per cura nei presidi della Unità sanitaria locale sarà localizzata nel poliambulatorio di maggiori dimensioni: tale farmacia che provvederà alla fornitura di farmaci per tutti i presidi sanitari a diretta gestione della Unità sanitaria locale sarà posta sotto la diretta responsabilità del farmacista dipendente che nelle Unità sanitarie locali al di sotto di 50.000 abitanti e senza presidi ospedalieri potrà identificarsi con farmacista assegnato al servizio di assistenza sanitaria di base degli uffici centrali dell'Unità sanitaria locale.

Entro il 1982 deve essere reso funzionante presso le farmacie interne:

- dell'Ospedale Maggiore e della Città di Torino,
- dell'Ospedale Civile di Cuneo,
- dell'Ospedale Civile di Alessandria,
- dell'Ospedale Civile di Novara

un deposito speciale di farmaci:

- di raro impiego,
- di altissimo costo.

La gestione di tali depositi speciali è affidata alla Unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati i predetti presidi ospedalieri.

L'elenco dei farmaci dei depositi speciali con i relativi prezzi e le procedure connesse al prelievo e ai rimborsi dovranno essere portate a conoscenza di tutti i presidi sanitari delle Unità sanitarie locali.

A cura dell'Assessorato Regionale alla Sanità verranno:

- elaborate e distribuite agli operatori sanitari schede informative farmacologiche e cliniche che illustreranno proprietà essenziali, gli usi principali dei farmaci, gli effetti secondari ed indesiderati ecc., con possibilità di periodici aggiornamenti.

Entro il 30-6-1983 dovrà provvedersi alla gestione computerizzata delle forniture, giacenze, consumi dei farmaci utilizzati all'interno dei reparti, divisioni e sezioni di presidi sanitari a diretta gestione della Unità sanitaria locale, nell'àmbito e secondo i criteri generali e specifici del sistema informativo regionale.

Obiettivo generale che il piano triennale si propone è la diminuzione progressiva del consumo di farmaci in misura comunque non inferiore al 5% annuo.

Allegato n. 9 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

RICERCA FINALIZZATA

1. *La Regione e la ricerca sanitaria finalizzata*

La Regione non è una istituzione preposta allo sviluppo, potenziamento e finanziamento della ricerca, compiti che nella distribuzione delle competenze tra le varie strutture pubbliche sono assegnati espressamente alle Università e strutture assimilate, al Consiglio Nazionale delle Ricerche (C.N.R.), al Ministero della Pubblica Istruzione, a quello della Ricerca scientifica, ciascuno per la sua parte specifica.

Ciò non toglie che la Regione, come ente territoriale cui competono tra l'altro funzioni primarie nel campo della pianificazione del complesso di attività che si svolgono nelle zone di pertinenza, sia necessariamente interessata a tutte quelle ricerche che abbiano attinenza coi suoi compiti istituzionali e possa (e debba) anche promuovere ed incentivare ricerche ove lo ritenga opportuno.

2. *Il ruolo della Regione in rapporto agli Enti istituzionalmente preposti alla ricerca*

Da quanto premesso si configura sostanzialmente un ruolo attivo della Regione anche nel settore della ricerca, non come esecutrice della stessa, ma come promotrice e finanziatrice di attività speculative svolte da enti ed istituzioni a ciò specificamente deputati.

Appare altresì ovvio che tra gli enti normalmente preposti alla ricerca (sia dal punto di vista meramente esecutivo, che programmatorio o di finanziamento) e la Regione esista una fondamentale differenza:

– ai primi (Università, C.N.R., Ministeri, ecc.) sono riservati tutti i problemi attinenti la *ricerca cosiddetta di base o fondamentale*, non strettamente connessa a fatti contingenti;

– alla seconda compete l'intervento in particolare (se non esclusivamente) nella *ricerca cosiddetta applicata* più strettamente connessa con problematiche di interesse locale, legate al territorio ed al suo sviluppo.

Ciò non toglie che la Regione, ove lo ritenga opportuno, possa intervenire anche nel settore della ricerca pura, mediante interventi finanziari o di indirizzo, ma evidentemente in casi del tutto speciali e per progetti di particolare interesse, nazionale o regionale.

3. *Il Piano sanitario nazionale e la ricerca sanitaria finalizzata*

Per quanto riguarda il settore sanitario, o meglio bio-medico, il piano sanitario nazionale assegna un ruolo specifico alla Regione, per la promozione di ricerche « finalizzate agli obiettivi che il servizio (sanitario) stesso persegue », riservando espressamente a ciò una quota parte del fondo sanitario.

È da prevedersi un'integrazione delle risorse messe a disposizione con fondo sanitario nazionale per consentire anche un nuovo e decisivo impulso ai nuovi compiti attribuiti alle Regioni particolarmente in materia di ricerca finalizzata, vincolando ad essa una quota parte dell'integrazione annua.

Il piano nazionale chiarisce inoltre che trattasi « di iniziative di ricerche applicate che non interferiscono con i programmi dell'Università, del C.N.R. e del Ministero della ricerca scientifica », pur prevedendo la opportunità di rapporti di coordinamento e di informazione reciproca.

Le priorità per questi interventi sono sempre indicate nel piano sanitario nazionale:

– l'acquisizione e la diffusione dei risultati della ricerca svolta a livello internazionale;

– la costruzione di canali organici di interscambio con l'estero e tra centri di ricerca;

– i progetti-obiettivo ed in particolare la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente di lavoro;

– la qualità della vita, approfondendo « la conoscenza dei fattori che determinano gli squilibri della mortalità e della durata media della vita »;

– « i settori nosologici che contribuiscono in maniera determinante a caratterizzare la mortalità e la morbosità della popolazione italiana ».

Si tratta di una elencazione tutto sommato generica, all'interno della quale possono rientrare un numero piuttosto elevato di temi e di settori di ricerca, nella quale tuttavia si possono individuare abbastanza chiaramente come prioritari i filoni relativi alla prevenzione primaria e quindi alla ricerca ed eliminazione dei fattori di rischio, nonché alle malattie di maggior interesse, per gravità ed estensione.

4. *I poteri, le sedi, il tipo di intervento della Regione sulla ricerca*

La Regione ha dunque – nel campo della ricerca scientifica anche bio-medica – poteri di intervento e di programmazione per tutto quanto attiene alla parte finalizzata della stessa, con i particolari riferimenti del piano sanitario nazionale secondo le direttive del piano regionale.

Il suo intervento può essere distinto in due parti:

1) per quelle ricerche che rientrano nel programma specifico approntato nell'ambito del piano sanitario regionale;

2) per quelle ricerche che vengono proposte da istituti o gruppi di ricercatori, in particolare della Università e del Politecnico.

Nel primo caso la Regione individua le sedi (i centri, le istituzioni, i ricercatori) più idonee e più opportune cui affidare il coordinamento, la esecuzione, la promozione delle varie attività di ricerca, stabilendo a priori le modalità del rapporto, promuovendo anche, se necessario, la costituzione di strutture di ricerca e di programmi specifici prima non esistenti. Evidentemente in questo caso la ripartizione dei fondi potrà essere indirizzata anche alla dotazione di strumentazioni di base oltreché allo svolgimento dei programmi di ricerca.

Nel secondo caso, al contrario, la Regione si trova nella posizione di un ente erogatore di finanziamento su proposte o programmi di ricerca gestiti da strutture varie, presenti nel territorio, il più spesso istituti universitari. È questa la prassi svolta sino ad oggi, nella quale la Regione per lo più si è comportata da semplice committente oppure da mero ente di finanziamento, soprattutto per assicurare finanziamenti in momenti in cui la ricerca ha avuto da parte dello Stato una scarsa attenzione e le risorse ad essa assegnate erano del tutto insufficienti o, più spesso, male distribuite.

Questo tipo di intervento deve essere ridimensionato e comunque da considerare secondario ed occasionale rispetto al precedente.

La ulteriore assegnazione di finanziamenti su progetti di iniziativa altrui dovrebbe avvenire secondo criteri ben definiti, che potremmo sintetizzare come segue:

1) ricerche finalizzate, con esclusione quindi delle ricerche a contenuto teorico che dovrebbero essere finanziate

dal Ministero P.I., dal C.N.R. e dal Ministero per la ricerca scientifica;

2) aree tematiche privilegiate; un'ipotesi potrebbe essere la seguente: progetti obiettivo, strutture sanitarie di base, programmazione e controllo della spesa, privilegiando le ricerche che fanno riferimento ai territori della Regione Piemonte;

3) pertinenza con gli indirizzi di ricerca stabiliti dalla Regione nel proprio piano; eccezionalmente potranno essere erogati finanziamenti per progetti di particolare rilevanza (partecipazione a programmi internazionali o nazionali sponsorizzati da organismi di riferimento – F.A.O., UNICEF, O.M.S., ad es. –, indagini epidemiologiche di portata rilevante per forme morbose di particolare importanza per la collettività regionale) per i quali l'intervento della Regione possa effettivamente consentire la realizzazione o il completamento;

4) coinvolgimento di più istituti e ricercatori, ivi compresi servizi e presidi del territorio con garanzia del metodo della interdisciplinarietà e del lavoro di gruppo; la priorità dovrà essere data alle strutture di ricerca dipartimentali;

5) congruità delle dotazioni esistenti in personale qualificato e attrezzature con la proposta di ricerca;

6) partecipazione finanziaria specifica da parte dell'Università, se trattasi di strutture universitarie;

7) documentata attività scientifica nel settore, o in settori affini, nel quale si colloca la ricerca per la quale si richiede il finanziamento da parte dei proponenti;

8) programma dettagliato della ricerca, periodizzazione della stessa, meccanismi di controllo dei risultati;

9) indicazione delle modalità di socializzazione dei risultati ed impegno ad una eventuale utilizzazione prioritaria da parte della Regione, fatta salva la proprietà delle idee.

In attesa della approvazione del piano, per le ricerche già finanziate dovrà essere completato il finanziamento salvo verifica dell'attività svolta; per il resto si dovrà – per quanto riguarda il punto 3) pertinenza con gli indirizzi – utilizzare i riferimenti contenuti negli obiettivi del piano sanitario nazionale e regionale, riservando accoglimento a quelle ricerche che sono rivolte prioritariamente alla prevenzione, ai progetti obiettivo, alla programmazione e controllo della spesa.

5. *I rapporti tra committenza e gli esecutori della ricerca*

Le ricerche finalizzate. da finanziare con il fondo sanitario regionale, potranno essere affidate a servizi, istituzioni, centri, fondazioni, ecc., pubblici, in via prioritaria, e privati, presenti di norma sul territorio regionale, le finalità e la struttura dei quali siano tali da consentire l'espletamento delle attività di ricerca.

Potranno altresì essere coinvolte nei programmi di ricerca finalizzata strutture già costituite dagli enti territoriali, le cui finalità non sono specificamente rivolte alla ricerca, ma il contributo delle quali possa essere di supporto, anche parziale, alla stessa.

In particolare dovranno essere coinvolte le U.S.L. sia come enti proponenti ricerche finalizzate rivolte al miglioramento della propria situazione sanitaria, sia come enti di controllo sulla ricaduta dei risultati delle ricerche nei propri servizi sanitari.

Per quanto concerne la Università ed il Politecnico, i rapporti dovranno essere regolati nel più generale quadro di riferimento e coinvolgere non soltanto la facoltà di medicina e chirurgia, ma altresì tutte quelle interessate alle tematiche previste nel piano poliennale della ricerca finalizzata: Agraria, Architettura, Ingegneria, Fisica, Chimica, Scienze Matematiche Fisiche e Naturali, Economia e Commercio, Scienze Politiche, Magistero, Lettere, Veterinaria, ecc.

Saranno presi opportuni accordi con il C.N.R. per una politica coordinata dei rispettivi interventi, nel quadro della politica nazionale di settore.

6. *Aree e settori prioritari di intervento*

Una prima articolazione delle priorità su cui indirizzare i finanziamenti è la seguente:

Prevenzione

1) Studi e ricerche sui fattori di rischio

Settori prioritari di intervento:

a) ambienti di lavoro: agricoltura, industria, artigianato, settori di particolare interesse: la donna lavoratrice, il lavoro minorile, il lavoro a domicilio;

b) ambiente: i fattori di inquinamento (aria, acqua, suolo); l'inquinamento alimentare; l'inquinamento e gli ecosistemi: la fauna e la diffusione di fattori di rischio biologici, le mappe di rischio del territorio, il sistema abitativo, inquinamento da radiazioni ionizzanti e non; fattori di rischio nell'ambiente sociale; le collettività, l'emarginazione; fattori di rischio nel sistema sanitario ed in altre istituzioni;

c) modelli di intervento per l'eliminazione o la riduzione dei fattori di rischio, ai vari livelli;

d) la partecipazione della popolazione, l'educazione sanitaria, la prevenzione partecipata, l'informazione della popolazione.

2) Studi e ricerche in medicina preventiva

a) metodologie di analisi e di rilevazione precoce di fattori di rischio e di indicatori di danno, in riferimento alle patologie prese in considerazione nei progetti obiettivo e di rilevante interesse sociale;

b) modelli di intervento, in riferimento ai progetti obiettivo ed alla patologia di rilevante interesse sociale.

Programmazione, amministrazione.

1) Sintesi di valutazione, analisi della spesa e dei costi, indicatori di salute e di malattia, modelli di analisi, automazione.

2) Politica sanitaria e politica di sviluppo economico.

3) Modelli e sistemi di gestione e di sviluppo delle strutture, degli strumenti e del personale.

4) Modelli formativi del personale.

5) Normativa e progettazione delle strutture.

Applicazioni della medicina, della biologia e delle scienze sociali.

1) Studi e ricerche di biologia e di medicina nei settori di patologia connessi con i progetti obiettivo e con quelli di rilevante interesse collettivo come:

patologia tumorale;
patologia cardiovascolare;
patologia iatrogenica;
patologia nervosa;
patologia infettiva.

2) Studi e ricerche nei settori di patologia connessi con la organizzazione sociale e con le istituzioni.

3) Studi e ricerche sulla emarginazione sociale e sui suoi effetti:

handicaps, tossicodipendenza (alcool, fumo, droga, farmaci), ecc.

7. *Il controllo regionale sull'andamento della ricerca*

L'iniziativa ed il controllo della ricerca e dell'impiego dei finanziamenti sono affidati al Consiglio Regionale di Sanità, nel quadro del rapporto complessivo dell'Amministrazione Regionale con le varie strutture di ricerca ed in base ai programmi generali da essa stabiliti.

Il Consiglio Regionale di Sanità ha il compito di formu-

lare il programma pluriennale di ricerca, da inserire nel piano sanitario regionale, di promuovere l'anagrafe delle ricerche nel settore bio-medico, di avanzare proposte sulla ripartizione dei finanziamenti e di redigere una relazione annuale sullo stato della ricerca finalizzata.

Le verifiche di congruità dovranno essere effettuate mediante la predisposizione dei seguenti strumenti:

a) un piano di fattibilità;

b) un'istruttoria della ricerca, per la esecuzione della quale ci si potrà avvalere di esperti (non necessariamente residenti nel territorio regionale) e della quale sarà comunque responsabile un membro del Consiglio Regionale di Sanità;

c) rapporti periodici, semestrali o annuali, sullo stato di avanzamento e sui risultati intermedi, a seconda della durata prevista per la ricerca.

8. *I criteri di ripartizione del fondo sanitario indirizzato alla ricerca*

La quota di fondo sanitario destinata alla ricerca sarà assegnata per il 90% a ricerche inerenti filoni compresi nel piano pluriennale e per il restante a ricerche di rilevante interesse, anche se non comprese nello stesso.

I finanziamenti per la ricerca saranno divisi in due quote: un contributo fisso ed una quota variabile, in rapporto al tipo di ricerca, alla sua presumibile durata, alle istituzioni ed ai ricercatori coinvolti, ai consumi. Per la quota fissa non dovranno essere erogati contributi superiori al 20% dell'ammontare complessivo del fondo.

I finanziamenti erogati potranno essere destinati per:

- spese di personale;
- acquisto di attrezzature;
- acquisto di materiale bibliografico;
- materiali di consumo e spese di gestione;
- partecipazione a manifestazioni di studio, connesse con la ricerca, in quantità non superiore al 5% dell'ammontare complessivo;
- formazione scientifica inerente il progetto di ricerca.

I contributi per i piani di fattibilità saranno di limitato ammontare e il totale dei finanziamenti da erogare come contributi non potrà superare un quarto del totale dei finanziamenti stabiliti dal piano per la ricerca.

Per la quota variabile del finanziamento i proponenti dovranno impegnarsi a rispettare le seguenti garanzie:

- le somme previste per compensi ai ricercatori saranno erogate in forma di borse di studio o di presalari in quantità pari a quella prevista per i ricercatori universitari;
- l'acquisto di apparecchiature di rilevante sofisticazione e costo, di non frequentissimo uso, potrà avvenire solo dopo dimostrazione che le stesse non possono essere reperite e non siano disponibili nell'ambito regionale;
- le attrezzature di ricerca acquisite con finanziamenti regionali potranno essere messe a disposizione di altri ricercatori o di altri gruppi interessati al loro uso;
- l'assegnazione di attrezzature per programmi di ricerca non significa necessariamente l'affidamento della committenza di nuove funzioni a regime agli istituti, enti, gruppi di ricercatori, U.S.L. che hanno eseguito la ricerca.

9. *Convenzioni e pubblicizzazione*

Il finanziamento avverrà dopo la stipula di una convenzione tra l'Amministrazione Regionale e gli Enti di ricerca, secondo lo schema tipo predisposto dalla Amministrazione stessa e con rateazioni semestrali che cesseranno a partire dal secondo rateo ove non siano state rese possibili le verifiche di congruità previste.

I risultati delle ricerche dovranno essere pubblicizzati comunque dai ricercatori i quali dovranno impegnarsi ad accettare che, ove lo ritenga opportuno, sia la stessa Amministrazione Regionale a curarne la pubblicizzazione, nelle forme ritenute valide, fatta salva la proprietà delle idee.

Chi ha eseguito la ricerca, insieme alla adeguata socializzazione dei risultati, è tenuto a garantire la propria disponibilità alla formazione di personale del servizio sanitario regionale per l'acquisizione di metodiche pratico-applicative evidenziate dalla ricerca, naturalmente in ossequio agli obiettivi del piano socio-sanitario regionale.

Allegato n. 10 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

VALUTAZIONE E VERIFICA DEL PIANO

1. PROGRAMMAZIONE E VALUTAZIONE

Il processo di pianificazione, per sua natura, è formalmente e necessariamente legato ad un processo di verifica, senza del quale il pianificare diventa un semplice esercizio di bilancio preventivo privo praticamente del consuntivo, se non dal punto di vista meramente contabile.

Salvo che si intenda per piano la semplice previsione di spesa e di utilizzo di risorse umane e strumentali attorno a ipotesi di intervento aggregate in capitoli di bilancio, senza alcuna correlazione con bisogni, obiettivi, temporizzazione degli interventi, e pertanto priva della verifica degli stessi sulla base della congruità della spesa e della esatta allocazione degli investimenti.

Concependo invece la pianificazione come quel processo attraverso il quale si intende investire una quota delle disponibilità al fine di raggiungere determinati obiettivi *in senso trasformativo* (abbassamento degli indici di malattia e di morte, riduzione dei fattori di rischio ambientale) mediante l'impiego di uomini e strumenti esistenti o da incrementare; *e non invece meri obiettivi statici o strumentali* (costruzione nuovi posti letto, distribuzione di servizi nel territorio, incremento del numero degli operatori) che debbono essere considerati come momenti intermedi per il raggiungimento degli obiettivi; è necessario che l'intera operazione della pianificazione sia sottoposta ad una operazione complessiva di verifica del raggiungimento degli obiettivi, della rispondenza di questi ai bisogni, di congruità tra le spese effettuate ed i risultati raggiunti, tanto in termini puramente economici che di efficacia.

1.1. I criteri del piano ai fini del processo valutativo

Secondo questi criteri i caratteri del piano, la sua gestione, la temporizzazione delle sue diverse fasi non sono lasciati al caso, ma avvengono secondo una logica precisa, che consenta l'espletamento del processo di valutazione.

Ne consegue che l'articolazione del processo di pianificazione dovrà essere concepita in fasi collegate, del tipo seguenti:

1) individuazione degli obiettivi;

2) realistica previsione di quelli che ci si può attendere di raggiungere;

3) configurazione dei programmi con i quali raggiungerli;

4) ripartizione delle risorse secondo le priorità e le scadenze stabilite.

I problemi che si pongono ad una pianificazione così concepita sono quindi:

a) stabilire il volume di attività necessario al raggiungimento degli obiettivi;

b) stabilire la sequenza delle diverse attività che si intende realizzare;

c) stabilire il calendario delle attività;

d) stabilire le scadenze cronologiche del programma necessarie alle successive valutazioni e per le verifiche in corso di applicazione.

Questo processo logico risulta di più facile applicazione ed è meglio compreso nel caso di programmi previsti per la realizzazione di specifici obiettivi (come quelli dei progetti-obiettivo) e può trovare difficoltà di accoglimento quando si tratta di applicarlo a strutture e servizi già esistenti, con una consolidata logica di funzionamento.

Il processo di pianificazione tuttavia si realizza e gli obiettivi (di trasformazione) saranno raggiunti solo se il processo viene necessariamente applicato a tutto il sistema in questione ed i servizi esistenti vengono forzatamente piegati alle logiche di funzionamento ed agli obiettivi che il piano assegna a ciascuno di essi.

Questo vale soprattutto per gli ospedali, per i servizi specialistici, governati da sempre secondo logiche irrazionali e prive di qualsiasi progettualità.

1.2. La valutazione del piano nazionale per il triennio 1982-84

Il piano sanitario nazionale richiama in più punti la necessità che l'applicazione del programma sia in qualche modo legata a valutazioni e verifiche, senza peraltro indicare criteri, strumenti e livelli, come sarebbe stato opportuno, lasciando alle Regioni ed ai pianificatori la responsabilità di prevedere i processi valutativi e di stabilire le relative modalità di applicazione e di esecuzione.

Nel progetto-obiettivo per la popolazione anziana viene indicato chiaramente come compito delle Regioni, quello di « procedere alla fissazione di standards qualitativi e quantitativi di servizio », anche se soltanto come espressione di volontà e non come funzioni d'obbligo.

Nel capitolo 6) vengono elencati gli effetti sperati, distinti in tre categorie:

a) rispetto alla tutela della salute;

b) rispetto alla organizzazione dei servizi;

c) rispetto all'impiego delle risorse.

Purtroppo occorre rilevare che – ai fini di una rigorosa applicazione del processo di valutazione – tutto è molto generico ed abbastanza indefinito, con largo margine di discrezionalità e di incertezza.

Sotto il profilo strettamente tecnico, tale stato di indeterminatezza ingenera nel testo stesso del piano confusione tra effetti e loro cause, e soprattutto non distingue in modo chiaro tra strumenti e finalità che ci si aspetta di perseguire con l'uso dei primi.

Viene dedicato molto spazio al bilancio, considerato come *elemento di controllo*, oltre che per la programmazione dell'uso delle risorse, e si propone un « sistema di bilancio che consenta il controllo dei fatti gestionali non solo in termini giuridico-contabili, ma anche in termini di attuazione dei programmi, di efficienza e di efficacia delle attività svolte.

È giustamente sottolineata la esigenza che si arrivi ad un sistema informativo tale che renda leggibile la spesa, mettendo a disposizione dei vari livelli del servizio sanitario « *la situazione giuridico-contabile dei flussi finanziari e la riclassificazione economico-funzionale e/o per programmi di tutti i movimenti* ».

Il piano nazionale si diffonde ulteriormente attorno ai problemi del bilancio e nel piano regionale un capitolo apposito è dedicato ad esso, per cui non è necessario dilungarsi ulteriormente su questi aspetti.

Va solo richiamata l'attenzione sul fatto che quanto asserito nel piano nazionale va esattamente nella direzione della necessità imprescindibile di introdurre meccanismi di valutazione, non soltanto in termini puramente efficientistici.

C'è solo da lamentare che lo faccia quasi esclusivamente per i problemi finanziari, con una logica che non si può non definire economistica, tendente sostanzialmente al solo contenimento della spesa, se non anche alla sua qualificazione.

Un capitolo specifico (II parte, cap. 10) dedicato al

problema di cui ci occupiamo, e segnatamente al « controllo di attuazione del piano, specificatamente collegato con le indicazioni di piano » ed avente « lo scopo di consentire agli organi del servizio sanitario nazionale di misurare e, quindi, di valutare quanta parte degli obiettivi in esso stabiliti è stata realizzata. Si tratta di verifiche che hanno per oggetto i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati (misure di efficacia) e quelli raggiunti rispetto alle azioni ed alle risorse impegnate (misure di efficienza) ».

A tal fine viene indicata la necessità della costruzione di un adeguato « sistema di indicatori socio-sanitari », facendo riferimento ad un « modello nel quale il servizio sanitario sia assimilato ad un sistema produttivo, interagente col più ampio sistema sociale di cui rappresenta un segmento ».

Gli indicatori possono essere costruiti « come espressioni di caratteristiche variabili e di parametri componenti della funzione generale di produzione del sistema stesso o di suoi segmenti ».

Più precisamente di quanto non faccia il piano nazionale, le variabili possono essere classificate in quattro gruppi, nel modo seguente:

– *variabili finali*, che misurano l'efficacia del sistema con riferimento alle condizioni di salute della popolazione (misure di efficacia);

– *variabili strumentali*, che misurano aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati (misure di attività o di output);

– *variabili risorse*, che misurano caratteristiche dell'attività produttiva (misure di input);

– *variabili concomitanti*, che misurano aspetti del sistema socio-economico complessivo.

Sulla base delle variabili così raggruppate può essere individuata una serie di indicatori utilizzabili ai fini di sorveglianza, monitoraggio, valutazione e ricerca, i quali possono a loro volta essere classificati, alla luce anche delle indicazioni contenute nel capitolo dedicato al sistema informativo, nel modo seguente:

– *indicatori di efficacia*, che misurano le condizioni di salute della popolazione;

– *indicatori di attività*, che misurano le parti delle azioni di piano riguardanti gli output;

– *indicatori delle risorse*, che misurano le parti delle azioni di piano riguardanti gli input;

– *indicatori di efficienza*, ricavabili dal confronto tra impiego delle risorse e rispettivamente variabili strumentali e variabili finali;

– *indicatori di variabili concomitanti*, che misurano aspetti del più generale sistema socio-economico che comunque concorrono a determinare le condizioni di salute.

2. CARATTERI E SIGNIFICATO DELLA VALUTAZIONE

Il processo valutativo costituisce senza dubbio alcuno una funzione specifica del processo di pianificazione e richiede pertanto che ad esso siano dedicati specifici mezzi e che ogni azione del piano sia concepita in modo da poter essere valutata.

La valutazione dell'attività del piano socio-sanitario regionale si pone come uno dei momenti qualificanti il nuovo modello di servizi, in quanto condizione indispensabile per aumentare la qualità del processo decisionale, tanto tecnico che politico, sia in termini di allocazione delle risorse (monetarie, umane, fisiche, ecc.) sia in termini di effetti, facilitando la scelta tra due o più alternative possibili e verificando i risultati ottenuti con una data attività o con un dato investimento. Inoltre, l'uso sistematico di corrette valutazioni condiziona l'efficienza del processo di programmazione, assicurando una base razionale all'uso delle risorse da impiegare nell'esecuzione del piano. La valutazione dell'attività è quindi una componente essenziale nel processo programmazione socio-sanitario e la qualità e quantità di informazioni fornite dalla valutazione non è neutrale, ma è in relazione al tipo di programmazione che si vuole realizzare. Infatti, un piano rigidamente concepito, che non prende in considerazione gli effetti dei singoli interventi e la loro processualità, ma fa riferimento a un singolo disegno totalizzante, futuro e ipotetico, non è interessato a valutare le risorse da allocare e agli effetti della spesa, ma distribuisce nel tempo le risorse sulla base del solo vincolo derivante dalla loro disponibilità, secondo criteri che sono sostanzialmente contingenti e settoriali.

La spesa socio-sanitaria non viene così vista in un quadro complessivo, ma viene risolta nella sola minimizzazione dell'esborso da parte dell'ente programmatorio.

Ne consegue che nel caso del piano rigido, i metodi di valutazione sono destinati in sostanza a conoscere solo la spesa in termini di bilancio, senza che la valutazione sia in grado di fornire informazioni attendibili sulla validità delle scelte e sui controlli.

La programmazione flessibile ha invece bisogno di valutazioni sofisticate e complesse, atte soprattutto a permettere di effettuare scelte consapevoli e coerenti tra più alternative e di verificare la processualità della gestione, funzione della minimizzazione dei costi monetari e sociali e dell'ottimizzazione dei risultati, in presenza dei vincoli derivanti dalla limitazione delle risorse, tanto monetarie che reali, sulla base di un processo di programmazione che si realizza per fasi, in grado di coordinare gli interventi da effettuare durante una fase con gli interventi preesistenti e futuri, ipotizzati e prevedibili. Questo tipo di programmazione, proprio perché si sviluppa in modo processuale sulla base di priorità e in presenza di ipotesi alternative, ha bisogno di valutazioni in grado di fornire informazioni articolate e comprensive degli aspetti finanziari e non finanziari.

La valutazione tuttavia non può essere realizzata come una funzione isolata, ma compiutamente integrata con il resto delle funzioni; fornisce infatti alla pianificazione l'informazione di ritorno per procedere ai nuovi piani od agli aggiustamenti di quelli in corso di applicazione.

La sua qualità è direttamente correlata al livello ed al grado di informazione che il sistema informativo è in grado di dare.

Non può essere in alcun modo disgiunta dai servizi di statistica, di epidemiologia, di ricerca operazionale e informatica.

2.1. Gli oggetti della valutazione

La valutazione deve estendersi a tutte quelle parti dei programmi destinati alla tutela della salute che in qualche misura incidono sugli effetti finali o sulla utilizzazione delle risorse.

Oggetto della valutazione all'interno del piano socio-sanitario sono tutte le risorse impiegate e non solo quelle finanziarie, e tutti i risultati ottenuti anche se di tipo non economico, articolati per centri di impiego e per sistema di decisioni. Infatti, ridurre la valutazione dell'attuazione del piano socio-sanitario alla sola valutazione finanziaria e contabile non avrebbe senso, sia perché questa limitazione parte dal presupposto che il controllo della spesa sia l'unico obiettivo di piano, sia perché in un settore come quello socio-sanitario non è possibile misurare solo con valutazioni finanziarie e contabili la produttività della gestione o gli effetti degli interventi.

I caratteri propri del settore escludono che tramite il mercato possano mettersi in moto meccanismi di autoregolamentazione della domanda e dell'offerta e pertanto il prezzo di mercato non può assolvere a quel ruolo di informatore economico universale che gli compete. Aspetti specifici al settore, come gli effetti esterni non rilevabili

dal mercato, l'irregolarità e l'imprevedibilità delle malattie e del bisogno di assistenza, l'incapacità dell'utente di esprimere giudizi corretti sulla qualità e quantità della sua domanda e dell'offerta disponibile, la commistione tra sanità come consumo e sanità come investimento, la concezione della salute come diritto fondamentale e inalienabile del cittadino al di là dei suoi livelli di reddito, impediscono che l'attività socio-sanitaria sia in grado di esprimere un sistema di informazione unicamente di tipo monetario o proveniente solamente dal mercato.

Ne consegue la necessità di valutare l'attuazione del programma socio-sanitario e la gestione delle attività in forme molteplici e cioè sia in termini reali che monetari. Il corollario che deriva da questa proposizione è che è impensabile rimettere la valutazione ai soli servizi amministrativi. Questi, infatti per loro natura, possono effettuare valutazioni solo nel campo amministrativo contabile di loro competenza, esprimendo giudizi tutti interni ai processi di spesa e uso delle risorse, ma sono inadatti ad esprimere valutazioni e giudizi sugli effetti e suoi risultati dell'uso delle risorse stesse.

Allora, la valutazione diventa un'attività che compete a tutti i servizi e a tutti gli organismi decisionali alle varie scale, secondo strumenti e con tecniche specifiche e proprie, atte ad esprimere giudizi di valutazione che siano compatibili ai livelli di scala propri dell'organismo decisionale ma atti ad essere integrati a tutti i livelli di decisione.

In sostanza, la valutazione nel programma socio-sanitario ha lo scopo di fornire le informazioni necessarie per definire le strategie e utilizzare al meglio le disponibilità, sulla base della allocazione delle risorse disponibili tra i vari impieghi e in funzione di scelte alternative, verificandone gli effetti in termini processuali e sistematici, sulla base di un sistema di risorse vincolate e di obiettivi determinati per ogni centro di decisione.

Gli elementi che debbono comporre il processo valutativo, senza voler dare all'elencazione carattere di esaustività o di assolutezza, possono essere i seguenti:

– *verifica di efficacia,* ovverossia del rapporto tra i risultati e gli obiettivi assegnati ad un determinato programma;

– *verifica di sicurezza,* che si applica più strettamente alle prestazioni erogate direttamente alle persone;

– *verifica di efficienza,* cioè del rapporto tra effetti prodotti e spese;

– *verifica della quantità delle prestazioni,* rispetto a determinate norme tecniche;

– *verifica del grado di rispondenza delle prestazioni,* cioè della misura in cui i bisogni sono stati soddisfatti dalle prestazioni erogate;

– *verifica di opportunità,* ovverossia del grado di tempestività delle decisioni, rispetto al tempo in cui si sono definiti i bisogni e individuate le scelte;

– *verifica della accessibilità alle prestazioni;*

– *verifica della uguaglianza delle prestazioni;*

– *verifica della accettabilità delle prestazioni;*

– *verifica del grado di ottimizzazione delle prestazioni,* vale a dire se le strategie adottate per la realizzazione del programma siano le migliori per conseguire i fini previsti;

– *verifica di adattabilità,* ovverossia del grado di duttilità con cui un programma può adeguarsi, nel tempo, al mutare delle condizioni generali.

2.2. Valutazione tecnica e valutazione politica

Nel capitolo delle strutture si è discusso sui livelli di gestione e sulla partecipazione, come anche delle forme attraverso le quali i responsabili delle scelte programmatiche traggono i loro orientamenti per la pianificazione e la programmazione, per cui in questa sede sarà necessario ribadire soltanto alcuni concetti guida.

Nell'elencare gli elementi di cui si compone il complesso delle *attività di valutazione,* si è *fatto riferimento* ad oggetti valutabili attraverso strumenti e giudizi tecnici, come anche ad oggetti valutabili quasi esclusivamente secondo il giudizio espresso dalle popolazioni cui prestazioni e programmi sono destinati.

Coloro che saranno deputati allo svolgimento del processo di verifica e controllo dovranno garantire il rispetto assoluto della soggettività e mettere in essere modi che consentano tutte le possibili forme di espressione diretta e di registrazione della espressione stessa.

Solo la raccolta e la utilizzazione della valutazione espressa direttamente dalla popolazione infatti consentono di avere il massimo di verifica di efficacia – ma anche di efficienza – sul processo di piano e di realizzare la partecipazione come vero strumento di governo, e non puro esercizio democraticistico.

3. TEMPI E MODI DELLA VALUTAZIONE

La valutazione non utilizza metodi e tempi prestabiliti e rigidamente codificati ma anzi, nella fase di prima applicazione del piano, è preferibile muoversi su un terreno di sperimentazione, adottando metodologie agili e suscettibili di modifiche nel periodo di validità del piano. Del resto, la scarsa esperienza – nel nostro Paese, ma anche all'estero, se si eccettuano i Paesi ad economia pianificata – di applicazione delle tecniche di valutazione non ci garantiscono attualmente della bontà di una metodologia rispetto ad un'altra e non ci danno indicazioni sufficientemente valide su quelle da preferire comunque.

Per tale ragione preferiamo descrivere due modelli di valutazione: a priori ed a posteriori elencando pregi e difetti ed offrendo materia alla discussione, onde non precludere tutte le scelte possibili ai pianificatori delle unità locali.

3.1. La valutazione a priori

È una metodologia già sperimentata in Svezia nel settore sanitario e consiste nell'indicare preventivamente i possibili strumenti con i quali raggiungere un determinato obiettivo e parimenti nell'offrire tutte le possibili informazioni per effettuare la scelta.

Essa deve al minimo poter indicare:

a) gli eventi possibili ed i fattori che esercitano possibili influenze sulle diverse soluzioni ipotizzabili;

b) le valutazioni economiche relative a ciascuna soluzione;

c) il ventaglio delle possibilità di modificazione che le singole soluzioni debbono o possono subire durante l'applicazione del piano; ciò può essere anche meglio fatto attraverso la elencazione dei possibili rischi.

Nella attuale fase (primo esperimento di pianificazione, inesistenza di una struttura idonea per la gestione di questo settore) non sembra possibile ipotizzare una applicazione di tale metodologia di lavoro.

Ma oltre a queste giustificazioni tattiche sembra anche impossibile la applicazione della valutazione a priori per insufficienze di ordine tecnico non risolubili in tempi brevi, quali la praticamente assoluta mancanza di dati (di ordine epidemiologico, statistico sanitario, economico) con i quali costruire i diversi modelli e prefigurare le possibili alternative.

3.2. La valutazione a posteriori

È quella che si effettua praticamente dopo che il piano è stato applicato e consiste nella comparazione tra i risultati raggiunti e gli obiettivi iniziali previsti dal piano stesso.

La valutazione a posteriori dunque dovrà essere esercitata tanto sul piano che sulla sua applicazione.

A) Per quanto si riferisce alla valutazione del *processo complessivo di pianificazione*, la verifica deve vertere sui seguenti punti:

a) quanto al piano in sé:

– se gli obiettivi sono stati definiti con chiarezza;

– se i programmi sono in armonia con gli obiettivi;

– se obiettivi, attività da realizzare, calendarizzazione delle stesse sono convenientemente articolati fra loro;

b) quanto alle operazioni di programmazione:

– se sono state prese in considerazione le principali modalità di ripartizione delle risorse;

– se sono state esplorate tutte le altre possibili configurazioni del programma;

c) quanto ai risultati:

– se i programmi sono stati realizzati conformemente alle indicazioni di piano;

– se sono stati raggiunti gli obiettivi sperati.

B) Per quanto invece si riferisce alla *valutazione dei singoli programmi* messi in opera (per settori nosografici, per fasce di rischio, per servizi, per settori di intervento, ecc.) ci limitiamo alle indicazioni di massima, in quanto ogni programma o progetto-obiettivo deve contenere al suo interno le specifiche per il processo di verifica e controllo.

Da un punto di vista generale essa riguarda sia l'esattezza delle previsioni del piano quanto la qualità delle prestazioni che il consumo delle risorse. I punti principali sui quali si applica sono:

a) gli effetti, vale a dire le modificazioni apportate al problema che ci si prefiggeva di risolvere;

b) le attività messe in essere (tanto dal punto di vista più strettamente sanitario e sociale che economico) e le modalità della loro applicazione;

c) la loro realizzabilità;

d) la congruità fra il volume di risorse assegnate e le attività previste e/o svolte;

e) la disponibilità delle risorse durante le varie fasi di applicazione del piano, tanto in termini di tempo che di spazio, per l'esercizio di tutte le attività previste.

C) Un aspetto di particolare interesse, che deve trovare una immediata realizzazione anche nella fase di avvio del processo di pianificazione e di valutazione, è quello della *valutazione dei servizi*; sarà appena il caso di ripetere (per quanto già largamente affermato) che uno dei cardini del nuovo assetto del sistema sanitario e sociale è quello di modificare profondamente i modi di funzionamento degli attuali presidi, a cominciare da quelli ospedalieri per finire con quelli delle ex-mutue, ed uno dei modi di tale modifica è di introdurre metodi di corretta valutazione del lavoro da essi svolto.

I criteri con cui valutare un presidio od un complesso di essi, che confluiscono in un servizio, possono essere i seguenti:

– adeguatezza di risposta alla domanda;

– rapidità e qualità della risposta (tanto rispetto alla utenza che all'organo di governo che ha preso la decisione);

– accessibilità, relativa sia a fattori esterni che interni;

– omogeneità delle prestazioni di fronte all'utenza ed alle sue possibili articolazioni: sesso, età, residenza, classe, ecc.;

– accettabilità delle prestazioni erogate;

– qualità delle prestazioni e misura del grado di ottimizzazione delle stesse.

D) Anche se in modo largamente insufficiente, le esperienze e la letteratura hanno proposto alcune *tecniche* atte a raggiungere questi risultati. Tra queste, le più importanti sono *l'analisi costi-benefici e il sistema degli indicatori.*

L'analisi costi-benefici (ACB) è un metodo di valutazione analogo ai metodi impiegati dalle imprese private per la massimizzazione dei profitti derivanti dagli investimenti, adattato alle circostanze diverse in cui si realizza l'attività pubblica che deve tenere conto, invece che dei profitti, della peculiarità del suo comportamento. In questo senso, invece che massimizzare i profitti, la tecnica ha lo scopo di determinare il più elevato rapporto tra i benefici che possono derivare da un dato investimento ed i costi sostenuti per la sua realizzazione, benefici e costi tanto monetari che non monetari. In questo modo, l'ACB si ritiene in grado di fornire un giudizio sulla convenienza sociale di un investimento per il quale non sono utilizzabili le normali informazioni di mercato. Questo metodo, di per sé facile da comprendere, diventa difficile e, a volte opinabile, per la quantità di elementi aleatori che comporta la sua elaborazione, tra i quali i più rilevanti sono l'incapacità di fornire una base certa per assumere i benefici da attribuire al determinato intervento, il che ammette un notevole grado di arbitrarietà; l'approssimazione conseguente alla misurazione aprioristica degli effetti conseguenti a una determinata azione; la mancata soluzione del problema della efficienza dato che si è in presenza di un circolo vizioso: dovendo valutare i benefici connessi a un dato intervento, ed essendo tali benefici funzione dell'efficienza dell'uso delle risorse, la valutazione dovrebbe riferirsi all'intervento più efficiente, ma tale intervento non è conosciuto a priori proprio perché manca una valutazione degli interventi alternativi.

In generale, il limite concettuale più importante che sta alla base della ACB è però nel sistema dei valori ai quali fa riferimento. Infatti, essa assume come dati esterni alla valutazione, tanto la distribuzione dei redditi che la scala di preferenza dei valori sociali propria di chi fa le scelte, senza ammettere la conflittualità degli interessi e la contraddittorietà dei bisogni. Conseguentemente, le preferenze dei singoli individui, senza alcun riferimento a ceti, classi e condizioni sociali, diventano uniformi e come tali sono prese in considerazione dalla tecnica.

Inoltre l'ACB è in grado di esprimere giudizi per interventi non ripetitivi e, pur prendendo in considerazione sistemi complessi di risorse impiegate e di effetti ottenibili, non è in grado di esprimere valutazioni sull'insieme dei servizi a predeterminate scadenze temporali, il che rende questa tecnica di limitata utilità quale strumento di valutazione del piano socio-sanitario. Più compatibile, anche se di uso limitato, è l'impiego delle tecniche derivate dalla ACB che, invece di mettere a confronto parametri esclusivamente economici, utilizzano parametri economici e fisici (come riduzione di tempi di degenza, diminuzione del rischio, ecc.), quali l'analisi costi-efficacia o l'analisi rischio-efficacia. Ma al di là delle spesso insormontabili difficoltà nel comparare fenomeni economici e fenomeni fisici, spesso incommensurabili, questo tipo di tecniche può trovare impiego solo in casi limitati e circoscritti, relativi a singoli e determinati episodi, in quanto per loro natura incapaci di dare informazioni riferibili a tutto il servizio o anche a una sua sola funzione, che si sviluppi con continuità nel tempo e nello spazio.

4. VALUTAZIONE PER INDICATORI

Posto che la valutazione del piano socio-sanitario deve essere sistematica nel tempo e nello spazio, deve fare riferimento a un sistema di servizi gerarchicamente integrato ma nel quale le funzioni sono articolate e i centri di decisione decentrati, non può limitarsi alla sola valutazione delle risorse finanziarie incapaci di fornire informazioni sulla produttività del servizio alle sue varie scale, la tecnica più adatta nella gestione del piano socio-sanitario è basata sull'uso degli indicatori.

Essi sono rapporti che esprimono in modo sintetico i fatti che avvengono nella attività del servizio ed hanno lo scopo di fornire informazioni utili alle scelte e di verificare l'andamento reale e monetario della gestione.

Essi possono essere costruiti utilizzando grandezze quantitative oppure monetarie, mettendo in relazione fra di loro due, a volte più, di queste grandezze. Il loro difetto più consistente è quello di prendere in riferimento, solo fenomeni quantificabili, d'altra parte però la necessità di esprimere quantitativamente i fenomeni ha l'effetto di facilitare la formulazione di obiettivi d'azione operativi, soprattutto se gli obiettivi sono espressi in modo tale che il loro raggiungimento possa essere valutato e se gli indicatori sono espressi con formulazioni comprensibili al responsabile cui l'obiettivo è assegnato. In sostanza, data la scarsa significatività di un singolo indicatore, la funzionalità di questa tecnica dipende dalla possibilità di riunire tutti gli indicatori in un sistema organico e coordinato, in modo tale che i singoli indicatori, siano da intendersi come elementi di un sistema, in grado di enucleare all'interno della gestione complessiva i vari comparti (funzioni o servizi) fornendo informazioni sulle singole componenti e sulla loro interdipendenza.

Per essere utilizzati con efficacia, in funzione decisionale, gli indicatori devono essere costruiti e organizzati sulla base di alcune caratteristiche che possono essere definite come:

– rilevanza: rilevanti sono le informazioni che sono importanti o utili ai fini dell'azione che esse tendono a rendere più facile o dei risultati che si vuole che abbiano. Nella programmazione, per esempio, sono rilevanti quei costi o quei risultati previsti per il futuro che variano al variare di una o più delle alternative considerate. Le informazioni relative a tali costi o a tali risultati sono rilevanti se possono far variare una decisione rispetto a quella che si sarebbe presa se queste informazioni non ci fossero state;

– verificabilità: definita come l'attributo dell'informazione che consente ad operatori qualificati di elaborare indipendentemente gli uni dagli altri misure o conclusioni simili dei medesimi dati od informazioni;

– errore: definito come scarto accettabile del valore reale, derivante da situazioni oggettive o da giudizi soggettivi;

– quantificazione: tenendo conto che i tipi di misurazione usati e la forma con cui le misurazioni vengono presentate sono limitate dalla capacità di chi elabora l'indicatore e dalla comprensibilità soggettiva del destinatario dell'informazione;

– convenienza economica: considerando che un sistema di indicatori può essere sostituito da un altro solo se tale sostituzione fornisce vantaggi superiori ai costi incrementali derivante dalla sostituzione.

4.1. Caratteri del sistema di indicatori

I sistemi di indicatori possono essere adoperati come strumenti di analisi o di pianificazione, a seconda che si utilizzino dati consuntivi o preventivi. Un confronto tra gli indicatori consuntivi e preventivi, accompagnato dalla analisi delle derivazioni, consente un controllo dell'attività del servizio. In questo senso occorre parlare della funzione degli indicatori nella indicazione degli obiettivi, nel coordinamento e nel controllo.

Indicazione degli obiettivi

Gli obiettivi di un servizio socio-sanitario possono essere ordinati, in funzione dei livelli di decentramento del servizio, in relazione al grado di specificità e, in generale, in funzione al grado di operatività, in modo di formare una gerarchia di obiettivi che vengono formulati in modo sempre più preciso e operativo. Se per esempio, si pone l'obiettivo della tutela sanitaria per tutta la popolazione, il mezzo diventa – a questa fase decisionale – l'adeguamento dei servizi; alla fase di decisione successiva, l'adeguamento dei servizi diventa a sua volta un obiettivo conseguibile ad esempio tramite un'adeguata qualificazione del personale sanitario; al livello decisionale ulteriore, l'obiettivo della qualificazione del personale viene realizzato tramite l'approntamento di strutture adeguate, e così via. Tutto questo processo può essere espresso con indicatori concatenati, così che, per esempio, all'ultimo livello, l'obiettivo può essere espresso in termini di ore di lezione specializzate o di pratica o in termini di lire per qualificando.

In un assetto organizzativo caratterizzato da molteplici presidi si costruisce allora per ciascun presidio una gerarchia di obiettivi sotto forma di un sistema di indici, e le varie gerarchie vengono armonizzate reciprocamente e verificate in relazione agli obiettivi del programma, come quello socio-sanitario nel suo complesso.

Stabiliti gli obiettivi (il cui perseguimento avviene in modo autonomo e responsabile da parte di ogni presidio) occorre stabilire un adeguato coordinamento, – raggiungibile mediante la creazione di un efficiente sistema di comunicazioni, avente lo scopo di stabilire tra i vari organismi uno scambio di informazione rapido e completo, tanto più necessario quanto più è elevato il decentramento – al fine di ottenere l'integrazione degli indicatori.

Il grado di integrazione delle informazioni da raggiungere attraverso la combinazione di indicatori dipende dal livello decisionale interessato e dall'importanza delle decisioni per il servizio nel suo complesso.

Il controllo

Il controllo delle varie attività e dei vari momenti decisionali decentrati costituisce un'azione da svolgersi non soltanto al termine di un dato periodo di tempo, ma deve essere inteso come un processo continuo che si articola sulle seguenti fasi:

– misurazione del risultato effettivo (tramite indicatori consuntivi);

– confronto con gli indicatori previsionali, accertamento e localizzazione delle deviazioni tra preventivo e consuntivo;

– un'analisi delle deviazioni e avvio di azioni di correzione, se necessarie.

Le deviazioni possono trarre origine da un preventivo sbagliato o da un risultato insufficiente; nel primo caso, occorre modificare il preventivo, adeguandolo alla realtà effettiva; nel secondo caso, occorre mettere in essere gli interventi necessari a contenere la deviazione. In ogni caso, è necessario, per ogni indice o subsistema di indici, definire standard e stabilire i limiti di deviazione tollerabili.

5. TIPOLOGIA DEGLI INDICATORI

Si è visto che gli indicatori possono essere di cinque tipi:

- indicatori di efficacia;
- indicatori di attività;
- indicatori delle risorse (o di input);
- indicatori di efficienza;
- indicatori riguardanti le variabili concomitanti.

Questi indicatori, o alcuni di essi, possono prendere in considerazione variabili fisiche, varabili monetarie o variabili fisiche e monetarie insieme. L'impiego del tipo di variabile dipende naturalmente dall'uso che se ne vuole fare. In particolare, da questo punto di vista, gli indicatori di input possono essere distinti in:

– indicatori di impiego, che misurano i mezzi impiegati in un servizio, in un presidio o in una funzione in termini prevalentemente fisici;

– indicatori di costo, che fanno riferimento alla spesa sostenuta in un servizio, in un presidio o in una funzione.

5.1. Indicatori di efficacia: epidemiologia e valutazione

Gli indicatori di efficacia sono quelli che misurano le modificazioni indotte sull'ambiente o sulle persone a seguito delle attività messe in essere: essi sono forniti dunque dalla analisi dei *fattori di rischio* e dalle risultanze delle attività dei servizi socio-sanitari, in modo da conoscere lo stato di salute e le condizioni di mortalità, morbosità, morbilità, malessere, insoddisfazione, desocializzazione delle popolazioni, soggettivamente ed oggettivamente analizzate.

La misurazione delle condizioni di salute, della presenza di fattori di nocività e dei loro effetti negativi si realizza mediante l'applicazione del metodo epidemiologico, per mezzo del quale si possono avere adeguate informazioni sulla qualità delle prestazioni erogate e sulla efficacia degli interventi effettuati.

Non è questa la sede per esporre i contenuti ed i metodi della epidemiologia, ma ai fini che ci proponiamo basterà indicare solo quegli elementi che attraverso la epidemiologia dovranno essere rilevati ai fini della realizzazione del processo di valutazione.

I compiti da assegnare alla rilevazione epidemiologica, per questo fine, sono quelli di:

a) rendere manifesta la evoluzione del o dei problemi che il piano nel suo complesso ed i programmi in particolare avevano lo scopo di modificare;

b) fornire tutte le possibili indicazioni sul rapporto causa-effetto in relazione alla evoluzione del o dei problemi considerati;

c) fornire un metodo per la misura delle attività.

L'ordine logico con cui i metodi e le tecniche epidemiologiche debbono essere applicati al processo valutativo potrebbe essere il seguente:

- definizione degli obiettivi;
- definizione degli indici da utilizzare per la rilevazione;
- raccolta dei dati;
- elaborazione degli stessi;
- analisi dei risultati.

Esso tuttavia sarà definito opportunamente dagli esecutori dei processi di programmazione e di valutazione ai vari livelli nei quali tale funzione sarà organizzata.

Una delle condizioni fondamentali per la riuscita del processo di valutazione è quella di disporre di una informazione assolutamente omogenea e comparabile e pertanto fare in modo che gli indici scelti per l'analisi siano esattamente definiti, non diano adito a dubbi nella rilevazione, e le nomenclature adottate siano comprensibili ed esatte, sia sotto il profilo terminologico che quello tecnico.

Come considerazione conclusiva sulla necessità dell'introduzione del metodo epidemiologico, anche ai fini della valutazione, sarà infine opportuno ricordare come di solito i risultati di indagini epidemiologiche sono ottenibili con lassi di tempo molto lunghi e talora quando le cause che hanno determinato gli effetti rilevati sono talora profondamente modificate o scomparse del tutto.

È ovvio che qui ci si riferisce alla messa in essere di un sistema di valutazione epidemiologica che consenta di avere risultati già nel corso di applicazione del programma, una sorta di sistema di sorveglianza continua, di un dispositivo di allarme continuo e che possa quindi mettere in movimento meccanismi di intervento correttivo all'apparire dei segnali di pericolo.

Si tratta dunque di prevedere uscite valutative di « urgenza », con le quali apportare i necessari aggiustamenti e gli interventi straordinari.

5.2. Indicatori di attività

Gli indicatori di attività misurano l'output (generalmente espresso sotto forma di variabili fisiche) di un servizio o di un presidio o di una funzione e possono essere relativi al complesso di attività svolte in quel servizio o in quel presidio o per quella funzione, oppure prendere in considerazione una singola attività svolta nel presidio o dal servizio. Essi consentono di valutare il modo di funzionamento dei presidi ed il come essi rispondono agli obiettivi assegnati nel contesto del piano. Non sarà inopportuno sottolineare il fatto che non si tratta di conoscere il quanto di attività svolta ed il volume di prestazione erogata, ma piuttosto il come le singole prestazioni vengono eseguite ed in che misura rispondono agli elementi che abbiamo già indicato al paragrafo 1.2.

A titolo di esempio non interessa tanto conoscere quante visite esegue ciascun medico nella unità di tempo, ma la frequenza con la quale ciascun medico trascura durante la visita sintomi fondamentali od omette l'analisi di segni importanti nella lettura di tracciati e profili diagnostici.

La definizione di tutti i possibili parametri analizzabili non è possibile in questa sede, ma dovrà essere effettuata caso per caso, presidio per presidio ed all'interno della rete che costituisce vari servizi.

5.3. Indicatori di utilizzo delle risorse

Gli indicatori di utilizzo delle risorse vanno descritti nel capitolo relativo al bilancio, in questa sede basterà richiamare gli elementi costitutivi delle risorse che dovranno essere oggetto di analisi: il personale, le attrezzature, le strutture, i fondi assegnati, il tempo. In particolare:

– gli *indicatori di impiego* misurano l'input, cioè le risorse utilizzate o consumate in un servizio o in un presidio o per una funzione, spesso commisurate alle risorse disponibili; a seconda del tipo di risorsa utilizzata si esprimono con variabili fisiche o monetaria; in generale per non ridurre questo tipo di indicatori alla sola analisi del personale, è necessaria una contabilità di magazzino;

– gli *indicatori di costo* misurano dati di costo relativi a servizi, presidi e funzioni determinate. Essi mettono in relazione quantità fisiche con quantità monetarie e possono essere generalmente di tre tipi, a seconda che misurino *il costo unitario di produzione*, mettendo in relazione il costo totale o parziale con la quantità prodotta (integrazione con gli indicatori di attività), *il costo unitario dei fattori* produttivi acquisiti o impiegati, mettendo in relazione la spesa sostenuta per l'acquisizione di una risorsa con la quantità acquisita o con la quantità impiegata (e in tal caso si integrano con gli indicatori di impiego); *il costo unitario per utente*, mettendo in relazione il costo totale o parziale con la quantità di utenti effettivi o potenziali del servizio. La qualità informativa di questi indicatori dipende dalla loro disponibilità dei dati sui costi e quindi dalla struttura della contabilità esistente; in un sistema decentrato come quello previsto dal piano socio-sanitario diventa indispensabile una contabilità per centri di costo e per magazzino, in grado di fornire le informazioni, necessarie alla costruzione di indicatori sufficientemente dettagliati e specificati.

5.4. Indicatori di efficienza

Gli indicatori di efficienza, detti anche talvolta indicatori di produttività o, impropriamente, indicatori di rendimento, sono indici che rapportano gli input impiegati in un servizio, funzione o presidio con gli output che ne derivano, sulla base di algoritmi matematici. Stanti le definizioni sopra elencate, la maggior parte di questi indicatori si esprimono come rapporto tra indicatori di attività e indicatori di impiego, spesso ulteriormente correlati con gli indicatori di costo. Questo tipo di indicatori sono particolarmente importanti perché permettono di evidenziare

le diversità nell'utilizzo delle risorse; il loro impiego non è però sempre facile, in quanto una stessa risorsa può dar luogo contemporaneamente a più prodotti, mentre uno stesso risultato può essere raggiunto usando input diversi; inoltre, come per la maggior parte dei servizi pubblici, è difficile definire chiaramente la quantità e la qualità di ciascun output. Indicatori di efficienza possono anche essere utilmente impostati, ponendo a confronto gli input impiegati con indicatori di efficacia, cioè confrontando l'impiego delle risorse con i risultati ottenuti direttamente nelle variabili finali, anziché e in aggiunta ai risultati ottenuti nelle variabili strumentali quali sono gli output.

Dato il contenuto informativo degli indicatori, è chiaro che l'analisi della efficienza del servizio non può che avvenire tramite la comparazione di indicatori simili e metodologicamente uniformi), sia nello spazio (a parità di tempo) che nel tempo (fermo restando lo spazio).

6. VALUTAZIONE E INFORMAZIONI

In tutti i paragrafi trattati sinora un fatto risulta evidente: il processo di valutazione avviene ed ha possibilità di fornire indicazioni di qualche utilità solo se viene messo in grado di utilizzare una informazione distributiva a tutti i livelli di applicazione del sistema, normalizzata, costituita di dati assolutamente omogenei e comparabili.

Ciò significa che chi opera il processo di valutazione deve poter accedere ed avere disponibile un sistema informativo completo e ben organizzato, non soltanto per il settore sanitario, ma anche per quei settori della organizzazione sociale che hanno influenze notevoli sull'andamento della salute e della malattia, nonché sul livello di funzionamento delle strutture.

Non è questa la sede per discutere dell'organizzazione del sistema informativo e del suo funzionamento ai vari livelli di governo e di esercizio dello stato e pertanto ci limiteremo a sottolineare il fatto che coloro che sono deputati alla valutazione debbono avere la possibilità di utilizzazione diretta del sistema informativo.

7. ORGANIZZAZIONE E COLLOCAZIONE DELLE ATTIVITA' DI VALUTAZIONE

Abbiamo già sopra discusso delle necessità di non concepire la valutazione come una funzione isolata, ma di integrarla profondamente al funzionamento corrente dei servizi.

Appare tuttavia evidente che ad essa debbano essere assegnati fondi adeguati e personale sufficientemente preparato, ma non si ravvisa la necessità di creare strutture « esterne » o di investire del compito « agenzie » autonome, non strettamente collegate ai servizi.

Il processo di valutazione si esplica ai diversi livelli del servizio sanitario: nazionale, regionale, locale; deve cioè avere la stessa articolazione del governo della pianificazione, e pertanto prevedere i tre livelli di articolazione dei poteri statuali: centrale, regionale, comunale.

Ciò ai fini della programmazione e della elaborazione dei piani; per ciò che si riferisce alla valutazione relativa ai livelli di esercizio essa dovrà fare riferimento alle Unità sanitarie locali (ed ai loro organi di gestione) nonché ai vari presidi che costituiscono la rete dei servizi.

Dal punto di vista organizzativo a livello regionale dovrà essere previsto un momento centrale collocabile presso l'ufficio del piano come parte integrante dello stesso, per l'omogeneizzazione ed il confronto sull'intero territorio regionale.

Esso dovrà trovare opportuni collegamenti con le strutture (di ricerca, di statistica, attuariali, economiche) dalle quali avere elementi di informazione e con le quali impostare i piani.

Nelle U.S.L. e nei vari servizi e presidi non sembra opportuno creare una rete di strutture ad hoc, ma le esigenze del processo di valutazione dovranno essere compito diretto dei responsabili dei servizi e dei presidi, e dell'ufficio di direzione della Unità locale.

Tale impostazione è solo apparentemente meno agile e funzionale di una struttura verticale che dalla Regione si irradi ai vari livelli di articolazione, e certo crea un aumento di lavoro per gli operatori aventi funzioni di responsabilità; essa tuttavia elimina tutti i rischi connessi con una sorta di « sorveglianza esterna », quale potrebbe apparire quella esercitata da un apposito servizio di valutazione, e soprattutto realizza un fondamentale momento di responsabilizzazione e di coinvolgimento diretto degli operatori.

8. LA VALUTAZIONE PER INDICATORI NEL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE

La definizione tecnico-funzionale di indicatori atti alla valutazione dell'intervento programmatorio si propone come uno degli obiettivi del piano socio-sanitario. I tentativi effettuati in Italia e all'estero di istituzionalizzare la verifica di un programma socio-sanitario del livello del P.S.R., salvo alcune eccezioni abbastanza delimitate, sono stati caratterizzati dalla sporadicità di impiego (spaziale e temporale), dalla parzialità dei campi di intervento, dal tecnicismo e, a volte, dal semplicismo.

La natura della verifica per indicatori in un sistema socio-sanitario programmato, impone che la scelta degli indicatori non sia aprioristicamente e genericamente definita, ma debba rispondere a precise relazioni e a determinati presupposti oggettivamente rilevabili e verificabili quali:

– la correlazione logica degli indicatori in un sistema spazio temporale determinato;

– la capacità di esprimere un giudizio (verifica) sintetico e analitico, complessivo e parziale, per le varie fasi di programma e per i vari settori di intervento;

– la compatibilità con il sistema informativo vigente e la comprensibilità ai vari livelli di gestione e di controllo dei livelli di attuazione del piano: per settori e campi di intervento, nonché ai vari livelli di gestione e di partecipazione;

– in generale, automaticità e permanenza (nel senso che gli indicatori devono ricavarsi da fenomeni rilevabili costantemente), senza bisogno di ricerche e raccolta di informazioni da effettuarsi volta a volta:

– il costo della rilevazione e della elaborazione, che deve essere decisamente contenuto.

Sulla base di quanto detto, diventa indispensabile giungere a definire un sistema di indicatori di efficacia e di efficienza compatibile con la realtà istituzionale e socio-sanitaria della Regione Piemonte entro il primo piano triennale, per dare corpo concreto e coerente all'obiettivo di programmazione. Come si è visto, manca nella letteratura e nell'esperienza un sistema di questo tipo (compatibile con la necessità del piano sanitario regionale) generalmente accettato e che risponda ai requisiti indicati.

D'altro canto, anche la verifica critica di quanto già in atto o sperimentato altrove e l'individuazione di un sistema di indicatori, compatibili sia con la struttura economica, sociale, istituzionale, tecnica delineata dalla legge 833 dal piano regionale, sia con la necessità di una uniformità nazionale, almeno al livello di regione, non può avere carattere contingente ed essere subalterna agli altri obiettivi di piano, ma deve porsi come un obiettivo di primaria importanza.

È necessario prevedere un programma *ad hoc*, destinato entro il periodo del primo piano regionale alla individuazione e verifica sperimentale di un sistema di indicatori utili alla programmazione sanitaria regionale.

Questo programma si rende indispensabile solo per un

periodo di tempo determinato (appunto, il periodo del primo piano regionale) oltre il quale sarebbe inutile; essa dovrebbe coinvolgere una gamma ampia e articolata di specificità e di conoscenze che vanno dall'economia, alla gestione, all'informatica, all'epidemiologia, alla statistica sanitaria, ecc.

Si tratta quindi di impostare, fra gli obiettivi del primo Piano regionale una ricerca che, nel quadro della legge 833 e del Piano Sanitario Nazionale si ponga i seguenti compiti:

– verifica teorico-sperimentale degli indicatori di efficacia e di efficienza attualmente impiegati in campo sanitario ed assistenziale sulla base delle compatibilità col sistema di programmazione e di gestione individuato dalla legge 833, dal piano sanitario nazionale 1981-83 e dal piano sanitario regionale;

– individuazione e definizione di un sistema integrato di indicatori, anche sulla base di parametri individuabili in sede di ricerca;

– verifica sperimentale della compatibilità del sistema nel contesto territoriale e istituzionale della Regione Piemonte, con particolare riferimento al sistema informativo in atto o predisposto;

– proporre, sperimentare e realizzare entro e non oltre il 31 ottobre 1983 il sistema integrato di indicatori socio-sanitari, necessario alla verifica complessiva e annuale della programmazione socio-sanitaria della Regione Piemonte ai livelli comunali, U.S.L. e regionali, sulla base del piano sanitario regionale.

Nella ricerca, per le ragioni su viste, dovranno essere coinvolti Università ed Enti di ricerca specializzati, in grado di fornire, sotto il coordinamento della Regione le specialità conoscitive necessarie e per un tempo determinato.

9. LA VERIFICA DI ATTUAZIONE DEL PIANO

Abbiamo largamente descritto nei paragrafi precedenti gli strumenti per le verifiche di rispondenza – in termini di efficacia e di efficienza – delle azioni di piano, nel complesso e per singoli comparti, programmi, servizi e presidi.

In questo paragrafo entriamo nello specifico della parte gestionale, prendendo in considerazione i meccanismi operativi ed in particolare analizzando le procedure necessarie alla valutazione diretta (oltre quella degli effetti prodotti, sia in termini di costi-benefici che di costi-rendimento) della progressiva applicazione del piano in atto di tutte le azioni che esso si propone al fine del raggiungimento degli obiettivi prestabiliti.

Il Piano sanitario nazionale, come già ricordato, si esprime a tal proposito in termini estremamente generici, consigliando la costruzione di indicatori di vario genere (di risultato, di variabili strumentali, di variabili concomitanti) senza altra specificazione sull'uso diversificato ed articolato di essi.

Aggiunge soltanto che « In concreto, ciascun livello di governo, per le sue finalità di programmazione, di gestione e di verifica, costruirà il suo sistema di indicatori ». Ed ancora: « È importante che tali sistemi siano compatibili con i corrispondenti sistemi informativi sanitari e che si realizzi un adeguato coordinamento tra i sistemi di indicatori che ciascun livello di governo realizza. È un campo tutto da esplorare e da sperimentare. Nel primo triennio è realistico attendersi solo approfondimenti teorici, formulazione di ipotesi, sperimentazioni parziali ».

Riteniamo invece indispensabile superare questo attendismo e giudichiamo funzione essenziale degli organi di governo della U.S.L. (anche in questa fase di prima applicazione) e di quelli regionali la verifica costante del grado di attuazione delle politiche di piano, della realizzazione dei programmi ed il controllo sui livelli di funzionamento delle diverse strutture da essi amministrate.

La mancanza di un siffatto intervento infatti scuoterebbe praticamente di significato la programmazione ed impedirebbe di fatto il rinnovamento delle strutture ed il loro adeguamento ai reali bisogni della collettività, perpetuando lo stato di anarchia e di disfunzione oggi esistenti praticamente in tutto il comparto socio-sanitario.

Nel concreto si tratta di mettere in essere un insieme di procedure, in parte comprese in parte distinte da quelle descritte al paragrafo 3.2. relativamente alla « valutazione del processo complessivo di pianificazione », le quali comunque dovranno essere utilizzate anche a quella verifica finale.

Primariamente esse debbono essere realizzate sia per il controllo puramente gestionale ed applicativo dei programmi, sia per i controlli destinati al funzionamento quali-quantitativo dei servizi e dei presidi, nonché dei loro operatori, da parte degli organi di governo della Regione e delle unità locali dei servizi.

Possiamo articolare questo insieme di attività in diversi punti, così schematizzati:

1) controllo degli investimenti e della destinazione delle risorse; dovrebbe realizzarsi attraverso la verifica periodica dei bilanci, così come previsto nella legge finanziaria e nella stessa 833, e le analisi contabili effettuate dagli stessi uffici amministrativi;

2) verifica delle attività realizzate e delle risorse investite in ciascuna di esse; si correla direttamente alla precedente per la parte economica ed analizza i programmi dei singoli servizi, lo stadio di avanzamento di essi, il grado di rispondenza agli obiettivi prestabiliti per le varie fasi di applicazione, il volume di attività svolte in rapporto personale, alle strutture coinvolte ed alle risorse impiegate;

3) controllo del funzionamento dei servizi e dei presidi e della erogazione delle prestazioni; si attua mediante una serie di verifiche (di sicurezza, di qualità, di rispondenza, di accessibilità, di accettabilità, di eguaglianza) rispetto a standard di funzionamento che ciascun servizio dovrà definire al proprio interno, e che in parte sono già contenuti nelle indicazioni del piano regionale o derivano dalla applicazione di norme convenzionali o contrattuali.

Mentre quanto indicato ai punti 1 e 2 del paragrafo precedente si ritiene possa essere realizzato fino dalla prima fase di applicazione del piano, il contenuto del paragrafo 3 potrà esserlo solo in parte, e la fase di primo intervento dovrà essere dedicata alla definizione dei parametri di misura e dei sistemi di valutazione degli stessi. Giova comunque sottolineare che tale sforzo di analisi e di ricerca sarà esso stesso un modo di ottimizzare il funzionamento dei servizi e dei presidi, come anche la erogazione delle prestazioni.

Le verifiche di accettabilità, di accessibilità, di uguaglianza, nella erogazione delle prestazioni possono e debbono essere comunque effettuate.

Per molti servizi le stesse verifiche di qualità possono essere già attuate: laboratori di analisi, trasfusionali ad es.; come anche quelle di rispondenza.

Le verifiche di sicurezza potranno essere ugualmente applicate fin da subito al servizio radiologico, mentre dovranno essere opportunamente definite quelle da applicare alle terapie mediche.

La gestione di questa parte di verifiche non va disgiunta dal più generale processo di valutazione, ma costituisce solo una parte di esso, con uscite diverse, per cronologia e per finalità.

Essa va ad integrarsi nel più generale sistema informativo, al quale appunto richiede niente altro che una raccolta ed un'analisi in tempi diversi di dati relativi ai propri campi di applicazione.

Come già osservato queste operazioni non dovranno essere assolte da un corpo speciale di operatori, ma debbono divenire funzione normale dei responsabili dei vari livelli di gestione (tecniche e amministrative) delle strutture socio-sanitarie.

Allegato n. 11 alla legge per il piano socio-sanitario della Regione Piemonte per il triennio 1982-84

POLITICA DELLA SPESA

L'ipotesi fondamentale di contenere la spesa sanitaria qualificandone i risultati pone come esigenza di piano l'individuazione di alcuni criteri fondamentali ai quali attenersi nella politica della spesa.

I « Criteri generali di programmazione e gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali » della Regione Piemonte, in merito alla gestione delle risorse economico-finanziarie, rilevano che « il nodo centrale della programmazione socio-sanitaria in Italia, sotto il profilo economico finanziario, è quello di non aumentare i costi (investimenti e spese correnti nel loro totale), ma questo non significa che il fine del non aumento della spesa debba essere raggiunto attuando una linea di non modificazione dell'attuale organizzazione sanitaria . . . . . ».

Per questo nel processo di costruzione di un nuovo sistema di servizi si deve operare tenendo presente il « principio della compensazione » e cioè che ad ogni creazione di servizi di tipo nuovo o ad ogni ampliamento di attività di servizi esistenti, deve corrispondere una riduzione di attività dei servizi già oggi operanti, per modo che i nuovi costi, soprattutto per quanto riguarda la spesa corrente, non debbano essere considerati aggiuntivi, ma possano essere compensati da riduzioni di altre « spese ».

A questo scopo si indicava che la verifica di compatibilità tra risorse e spese doveva avvenire:

– determinando la massa di risorse concretamente manovrabili per la realizzazione di obiettivi regionali e locali;

– confrontando questa disponibilità con le necessità emergenti dalle previsioni di spesa;

– valutando quanta parte dei programmi innovatori può essere attuata con le risorse disponibili e manovrabili.

In altre parole, si indicava come prioritaria per la analisi delle politiche di spesa la determinazione delle spese flessibili e l'individuazione delle risorse disponibili per programmi innovatori.

Tale analisi è da condursi non da un punto meramente contabile, ma con una prospettiva di tipo economico. « Il principio della compensazione » non deve portare solo alla compensazione contabile delle variazioni delle spese, alcune in aumento altre in diminuzione, ma deve operare quale strumento atto ad incrementare l'efficacia dell'intero servizio sanitario e socio-assistenziale durante il periodo di piano. La scelta dei servizi da potenziare e di quelli da comprimere deve essere fatta in modo che, pur all'interno del vincolo della compensazione, risulti estesa l'efficacia della spesa aggregata.

Qualsiasi piano che si proponga di essere realistico deve essere formulato tenendo conto delle sue implicazioni economiche e finanziarie e ciò è particolarmente vero per un piano socio-sanitario dove i caratteri propri del servizio e il modo con cui finora è stato erogato inducono incrementi automatici di spesa, non controllabili con i vincoli tradizionali del mercato o della produttività.

In sostanza, sulla base di una valutazione politico-culturale dei bisogni socio-sanitari della popolazione, si stabiliscono determinati obiettivi da raggiungere entro il periodo di piano, prevedendo l'ammontare di risorse (reali e monetarie) che è necessario mobilitare per il loro raggiungimento. Si tratta cioè di valutare le risorse aggiuntive occorrenti per raggiungere i risultati incrementali sperati, tenendo conto delle nuove modalità secondo cui i servizi verranno erogati.

Ottenuto il costo delle risorse aggiuntive necessarie, si tratta di portarlo a confronto con il volume di finanziamenti di cui si può ragionevolmente prevedere di disporre. Nel caso più che probabile di disuguaglianza tra costo degli obiettivi e risorse disponibili è necessario predisporre una scala di priorità, cioè definire quali interventi (in termini di investimenti e di personale, per esempio) effettuare durante il periodo di piano e quali rimandare. Gli interventi che sono stati selezionati come rispondenti agli obiettivi ed economicamente possibili, costituiscono gli obiettivi specifici di piano.

Ne consegue che, di fronte a determinati obiettivi, occorre stimare il flusso aggiuntivo di spesa (soprattutto di parte corrente) che i nuovi investimenti e la nuova organizzazione dei servizi genereranno negli anni a venire, mettendola a confronto con le disponibilità; quindi definire le priorità, occorre stabilire il controllo di tipo finanziario determinando il piano di finanziamento degli investimenti ritenuti compatibili con le disponibilità correnti.

La compatibilità tra risorse e consumi è valutabile con due tipi di analisi:

1) il primo tipo – compatibilità economica – tende a verificare la relazione tra gli inputs (intesi come ogni risorsa cui venga assegnato un valore – per esempio moneta e tempo – e ogni stato – per esempio confort – che sia consumato o dissipato per ottenere beni e servizi destinati alla salute e all'assistenza sociale) e gli outputs (costituiti dallo stato di salute e di garanzia sociale ottenuti) sulla base di indicatori di efficacia e di efficienza definiti a priori come accettabili o ottimizzanti.

2) Il secondo tipo – compatibilità finanziaria – tende a verificare gli aspetti monetari degli inputs sulla base di alcuni obiettivi finanziari prestabiliti (limite di spesa totale e relativo, allocazione dei fondi in base a parametri fissati) ed è sostanzialmente vincolistico.

Nella fase attuale di pianificazione della salute e dell'assistenza non è possibile giungere ad un'analisi della compatibilità economica perché i livelli di approfondimento della conoscenza tanto degli inputs che degli outputs sono insufficienti e, soprattutto, non è possibile definire gli indicatori necessari.

Lo stesso piano sanitario nazionale indica come uno degli obiettivi per il prossimo triennio la necessità di definire una metodologia di compatibilità economica, oggi praticamente impossibile.

Non resta quindi che indirizzarsi sulla compatibilità finanziaria alla quale sono assegnate le seguenti finalità:

– determinare le risorse finanziarie disponibili complessivamente nel triennio per la realizzazione del piano socio-sanitario;

– individuare la presumibile quota di risorse finanziarie disponibili e manovrabili, salvaguardando i livelli attuali di servizio.

Ora, il piano sanitario nazionale pone due vincoli fondamentali alla politica della spesa, sia per quanto riguarda la politica della spesa che per quanto riguarda l'ammontare delle risorse finanziarie, il dispositivo del piano sanitario nazionale per il triennio 1981-83 si esprime nei seguenti termini:

« Il fondo sanitario nazionale si caratterizza come sistema di gestione di tipo budgetario; l'ammontare complessivo del fondo e le sue ripartizioni interne costituiscono, infatti, precisi vincoli di spesa ».

Ne consegue che la prima finalità risulta predeterminata, mentre la seconda finalità può essere perseguita sulla base dei singoli piani di zona.

Si impongono peraltro alcune considerazioni preliminari sulla determinazione della spesa sanitaria globale che presenta margini di discrezionalità e di incertezza per l'evidente difficoltà di scindere puntualmente il momento sanitario da quello assistenziale.

Non sempre è sufficiente a tal fine il concetto della funzione prevalente.

Un duplice – e contrapposto aspetto – è fornito:
– dai ricoveri impropri di anziani in ospedale;
– dalle attività sanitarie svolte negli istituti di ricovero per anziani.

Se è auspicabile un più specifico uso dei fondi sanitari ed assistenziali (nell'esempio riducendo i ricoveri impropri di anziani in ospedali, riconducendo le attività sanitarie svolte negli istituti di ricovero per anziani al servizio sanitario nazionale) è evidente peraltro che il problema può essere correttamente affrontato solo con la riforma del settore assistenziale.

Come si è già detto, risulta pressoché impossibile definire con sufficiente attendibilità e realismo il fabbisogno finanziario per il primo triennio di piano, stante la necessità di conoscere i caratteri qualitativi e quantitativi delle risorse reali necessarie; occorre cioè attendere le specificazioni che saranno oggetto dei piani delle strutture decentrate.

È però possibile individuare la seguente scala di priorità.

Le spese sanitarie prevedibili durante il periodo di piano possono essere classificate secondo la destinazione in:

Spese di livello: spese destinate a mantenere gli attuali livelli del servizio a parità di popolazione e bisogni;

Spese di adattamento: spese destinate a coprire l'offerta incrementale di servizio derivanti dalle spese obbligatorie destinate ad uniformare le condizioni delle prestazioni, le quote di domanda esogena al piano come aumenti di popolazione, variazioni della composizione, aumento delle condizioni di rischio, ecc.

Spese di incremento: le spese destinate all'aumento della qualità del servizio sulla base degli obiettivi di piano.

Facendo riferimento alla sola parte corrente, la spesa sanitaria totale nel triennio sarà uguale alla somma delle tre spese correnti su individuate, soggetta al vincolo di non superare le risorse correnti disponibili per il fondo sanitario regionale.

Nella allocazione delle risorse dovranno considerarsi prioritarie le spese di livello e di adattamento, mentre le possibilità di modificare l'attuale modello di servizio tramite spese aggiuntive riposa sulle spese di incremento. Ciò non esclude la possibilità di intervenire sulla allocazione delle risorse reali esistenti, soprattutto sul personale, ma ciò non viene a modificare il livello aggregato delle risorse finanziarie del terzo tipo.

Infine, giova sottolineare che le ipotesi di programmazione contenute nel presente piano socio-sanitario ammettono variazioni nell'allocazione delle risorse in grado di aumentare la produttività sociale del servizio contenendo l'aumento delle risorse.

Infatti, le proposte volte alla diffusione delle strutture di base e alla concentrazione delle strutture di servizio hanno lo scopo di aumentare le economie di scala del servizio nel suo complesso, razionalizzare l'allocazione delle risorse aumentandone l'efficienza, contenere l'aumento della domanda e ridurre la rigidità delle voci di costo, una delle cause principali alle quali far risalire l'aumento incontrollabile della dinamica della spesa, soprattutto ospedaliera.

Allegato n. 12 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

TUTELA DELLA PROCREAZIONE RESPONSABILE, DELLA SALUTE DELLA DONNA, DELLA MATERNITÀ, DELL'INFANZIA E DELL'ETÀ EVOLUTIVA

PREMESSA

Nella scelta della strategia di tutti i servizi socio-sanitari riformati, aderendo strettamente alla realtà regionale, appare fondamentale procedere per problemi.

Il procedere per problemi su cui coordinare tutti i servizi tende infatti a recuperare quella unitarietà della persona che va, spesso, perduta invece nell'impatto coi servizi singoli, i quali, ancorché riformati, conservano la tendenza a procedere per settori.

La protezione della salute della donna e del bambino si pone come problema prioritario fra i maggiori in Piemonte data la particolarissima situazione della nostra Regione, denunciata dai dati epidemiologici.

Infatti, ad un prodotto interno lordo per abitante che la pone nei primi 3 posti della graduatoria nazionale tra le regioni italiane, corrisponde una mortalità infantile e perinatale che la vede invece fra le ultime, alle spalle anche di alcune regioni dell'Italia meridionale dalla situazione socio-economica particolarmente precaria.

Ciò non deve essere considerato fenomeno occasionale o passeggero. L'analisi storica del rapporto tra contributo regionale alla natalità e contributo alla mortalità infantile e perinatale dimostra che la negativizzazione di tale indice risale al 1968 e non vi sono segni di sostanziale recupero ancora nel 1977 (anno a cui risalgono le ultime rilevazioni ISTAT).

Si ha qui probabilmente la dimostrazione che in presenza di flussi migratori, di radicali trasformazioni economiche, di profondi rivolgimenti culturali quali hanno caratterizzato la nostra regione, la corrispondenza bruta tra dato economico e salute non valga e la mortalità elevata dei nostri bambini finisca per rappresentare un indice di dissesto sociale e di travolgimento degli istituti e dei servizi che caratterizzano una moderna vita civile, istituti e servizi non solo sanitari naturalmente.

È allora giusto pensare di riuscire attraverso i servizi sanitari e socio-assistenziali a correggere una situazione così pervicacemente distorta almeno nell'ultimo decennio?

Probabilmente sì, ma solo se si procede investendo prioritariamente nell'area delle cure primarie e cioè dei servizi di base. Nel settore quindi di maggior legame col territorio e che quindi può, in maniera pressoché esclusiva, indurre o contribuire ad indurre una inversione di tendenza in tutto il tessuto sociale, coadiuvando poi tale settore mediante il raccordo stretto di tutto il sistema di servizi sanitari e sociali.

Come inquadrare innanzitutto attualmente il problema della maternità ed infanzia?

L'evoluzione culturale di questi ultimi anni, in relazione a rivendicazioni di uguaglianza ed a possibilità di sviluppo per tutti, nonché il processo di continua modificazione subito dalla famiglia, in relazione al progressivo affermarsi di un modello familiare costituito soltanto da genitori e figli, non hanno mancato di produrre profondi cambiamenti sul modo di intendere l'assistenza alla maternità ed all'infanzia appunto.

L'inserimento nel mondo del lavoro – sia esso liberamento scelto in vista della promozione sociale e della piena espressione della personalità, sia necessario per contribuire al sostegno della famiglia – rende alla donna difficile e problematico l'assolvimento della sua funzione di madre, tanto più in una società in cui persiste il retaggio di una cultura basata su un'eccessiva distinzione dei ruoli maschili e femminili all'interno della famiglia.

Fino a quando l'organizzazione del lavoro non sarà migliorata al fine di rendere effettivo il dettato costituzionale (art. 37: « Le condizioni di lavoro devono consentire – alla donna – l'adempimento della sua essenziale funzione familiare »), bisogna tendere a ricomporre un equilibrio dando risposta alla domanda che emerge anche dalla maggiore consapevolezza oggi raggiunta in relazione ai diritti personali.

Tale domanda si concretizza in particolare attorno ai seguenti principi:

– affermazione del diritto ad una procreazione responsabile.

– affermazione alla tutela della vita umana fin dal suo inizio e del diritto alla qualità della vita, con la conseguente richiesta di interventi a carattere preminentemente preventivo.

– riscoperta delle responsabilità collettive che, in relazione alla maternità e all'infanzia, integrano quelle individuali e familiari.

La procreazione responsabile non trova una sua giustificazione nel problema demografico; a tale riguardo, anzi, può ricordarsi che la tendenza demografica negativa ha già sollecitato, in altri paesi europei specifici programmi in relazione alle previsioni degli effetti ostativi allo sviluppo socio-economico che possono derivarne nei prossimi decenni. Essa trova la sua ragion d'essere nel diritto-dovere dei cittadini e della coppia di scegliere e giudicare in libertà e responsabilità, e cioè senza condizionamenti esterni, tenendo conto di tutte le condizioni personali, familiari e sociali che costituiscono il quadro entro cui la loro libertà e responsabilità si esplica. Tra queste condizioni, naturalmente, hanno rilievo quelle relative alla tutela della salute della donna, al mantenimento e all'educazione dei figli già nati, alle prospettive di un sano e armonico sviluppo della personalità dei nuovi figli.

All'affermazione del diritto alla tutela della vita umana fin dal suo inizio consegue il dovere dell'ente pubblico di adottare ogni possibile intervento preventivo di carattere sociale e sanitario, che assicuri non soltanto al bambino il primordiale diritto a nascere, ma anche quello di evitare e superare, per quanto possibile, ogni rischio che possa compromettere il sano ed armonico sviluppo della personalità.

Le responsabilità collettive nei confronti della maternità e dell'infanzia investono tutto l'ampio orizzonte dell'organizzazione sociale, del lavoro, della scuola, dei servizi socio-sanitari.

Una politica per la tutela della maternità e dell'infanzia che si proponga di superare i vecchi schemi, passa, quindi, attraverso la difesa dei diritti civili della donna (diritto al lavoro, alla salute, alla vita sociale, ecc. nel quadro della sua funzione familiare) e del bambino (diritto alla tutela della vita fin dal suo inizio allo sviluppo di tutte le sue capacità, ecc.) cui si deve far fronte mediante l'attuazione di una serie di interventi a carico della collettività e fino alla presa di coscienza dei problemi e dei valori reali da parte della coppia e della collettività stessa.

L'esigenza di integrare l'azione della famiglia su un piano collettivo non implica affatto un disconoscimento delle funzioni familiari. La salvaguardia, pertanto, del diritto fondamentale di ogni bambino di avere una famiglia, intesa come nucleo organico stabile, nel quale possa svilupparr-

si la personalità del ragazzo, attraverso un rapporto personalizzato con i genitori, costituisce uno dei cardini di una politica che si proponga l'effettiva tutela dei minori.

Nello stesso modo, l'azione tesa a favorire la procreazione responsabile, comporta il dovuto recupero da parte della medicina pubblica di settori come quello della salute sessuale, in cui è stata troppo assente in passato, ma ha come premessa il pieno dispiegarsi delle possibilità reali di scelta da parte della coppia, senza indebite interferenze in ambiti che coinvolgano i convincimenti etici degli utenti.

L'accento posto sull'intervento pubblico, nasce dalla consapevolezza del dovere che ha la società di farsi carico di una serie di costi e di interventi senza i quali è difficile, nell'attuale situazione storica, un'armonica vita familiare.

Appare allora indispensabile considerare la famiglia e l'ambiente sociale non come due ambiti contrapposti, ma come un contesto unitario ed integrato il cui il bambino trovi le condizioni migliori perché si instauri un corretto rapporto tra sé e gli altri, evitando le conflittualità, che altrimenti sorgono, e sviluppando armonicamente le proprie potenzialità.

Si devono quindi considerare i servizi come integrazione della famiglia in un determinato contesto sociale, in una prospettiva unitaria e complessiva.

Nel caso di bambini con handicaps, in cui più alto e precoce è il bisogno di sostegno, per non vedere progressivamente accresciuti col crescere dell'età i difetti di sviluppo, tale prospettiva appare l'unica in grado di assicurare un risultato apprezzabile, mantenendo il bambino nel proprio ambiente familiare e sociale dialetticamente entrambi necessari, nei quali altrimenti non troverà mai più lo spazio per inserirsi se non accolto o reinserirsi se espulso.

Infatti le principali possibilità di sviluppo psicologico verranno perse senza gli intensi rapporti interpersonali dell'ambito familiare ma nello stesso tempo le potenzialità non potranno essere espresse senza una precoce accettazione in una comunità di coetanei che ne realizzi la graduale socializzazione.

La tutela della procreazione responsabile, della salute della donna, della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva, trova la sua specificazione quindi non nel servizio, ma nel destinatario delle prestazioni, che devono essere erogate attraverso strutture operative specifiche ma polivalenti, e cioè attraverso i normali servizi dell'unità locale.

Evidenziata infatti l'incidenza dei fattori somatici ma anche psicologici e delle situazioni sociali sulla salute della madre e del bambino, la tutela della madre e del bambino non passa più esclusivamente attraverso la logica del servizio sanitario, ma deve diventare il risultato della convergenza di una pluralità di interventi in settori diversi della vita sociale interrelati tra loro.

Conseguentemente nella predisposizione di una riconversione degli interventi sia pure partendo dal settore sanitario e socio-assistenziale, si dovranno affrontare anche le disfunzioni di altri settori al fine di promuovere una politica di intervento coordinata.

Gli interventi riguardano allora:

– la procreazione libera e responsabile;

– la tutela sanitaria della donna (età feconda, gravidanza, parto);

– la tutela del benessere psico-fisico del bambino;

– l'assistenza al singolo, alla coppia, alla famiglia in ordine a problemi interpersonali, nella loro implicazione di carattere psicologico, sanitario e sociale, ed in ordine a problemi di socializzazione ed integrazione nell'ambiente;

– interventi educativi integrativi a quelli familiari;

– interventi sostitutivi di quelli familiari, in caso di accertata carenza o inidoneità;

– interventi riabilitativi.

La tutela materno-infantile implica quindi l'azione coordinata di interventi educativi, sanitari e socio-assistenziali.

Tali interventi a seconda delle diverse esigenze hanno un peso sostanziale diverso, ma tutti vanno armonicamente integrati assicurando un'azione unitaria sia dei servizi sia della politica generale di sviluppo del territorio.

1. OBIETTIVI

La bozza di piano nazionale, dopo aver sottolineato che la mortalità infantile e perinatale pongono l'Italia agli ultimi posti fra i paesi occidentali, indica i seguenti obiettivi da raggiungere nel primo piano triennale:

« – la tendenziale riduzione a zero della mortalità materna per parto.... – una consistente riduzione del quoziente di mortalità infantile e la eliminazione degli squilibri tra le regioni ».

Precisando: « Se si tiene conto che nel 1977 il quoziente di mortalità infantile è stato inferiore al 15 per mille e che negli ultimi anni, in assenza di interventi finalizzati di carattere generale e particolare, la riduzione del quoziente è stata in media di un punto all'anno si può indicare come traguardo minimo al termine del primo triennio l'abbassamento del quoziente di mortalità infantile a valori vicini alla prevedibile media nazionale del 10 per mille, anche nelle regioni dove attualmente si registra un quoziente abnormemente elevato ».

Rispetto a tali affermazioni occorre rilevare da un lato come si trascuri la mortalità perinatale come indicatore di gravi squilibri in momenti particolarissimi della vita della madre e del figlio, la gravidanza, il parto e i primi giorni di vita, anche se fra gli obiettivi particolari si pone poi decisamente l'attenzione a tali momenti.

Inoltre sembra eccessiva la fiducia nell'intervento dei servizi sanitari come acceleratori del fenomeno della riduzione della mortalità infantile, la quale dipende in genere da complesse situazioni sociali niente affatto omogenee, come già abbiamo rilevato a proposito del Piemonte, soprattutto in assenza di un raccordo specifico con tutto il sistema dei servizi sociali.

Appaiono più realistici e più completi nello stesso tempo i seguenti obiettivi:

– ridurre la richiesta di interruzione volontaria di gravidanza;

– ridurre le interruzioni spontanee di gravidanza specie quelle legate alla nocività degli ambienti di lavoro;

– ridurre la mortalità materna, perinatale, infantile;

– ridurre la morbilità infantile;

– ridurre l'handicap;

– ridurre l'istituzionalizzazione e l'emarginazione dei minori, anche in relazione a quanto indicato negli interventi programmatici per le persone portatrici di handicaps;

– ridurre le cause di interruzione del ciclo di studi obbligatorio ed il lavoro minorile;

– ridurre le cause di devianza minorile.

Tuttavia le indicazioni del piano sanitario nazionale e del piano di sviluppo regionale possono considerarsi coincidenti come tendenza e debbono sostanzialmente assumersi all'interno del piano regionale socio-sanitario.

2. STRUMENTI

L'obiettivo essenziale del progetto consiste quindi nel ridurre il danno non solo in termini sanitari ma anche in termini sociali ed economici attraverso:

– la costruzione di un sistema di conoscenza a scala regionale che consenta la programmazione e la verifica degli interventi;

– il coordinamento organico delle risorse (strutture, personale e risorse finanziarie) e l'unificazione degli interventi.

Il raggiungimento dell'obiettivo presuppone naturalmente l'avvio di un processo di partecipazione attiva che, modificando anche i livelli culturali, porti alla costruzione progressiva delle Unità locali dei servizi e attraverso la definizione dei problemi:

a) organizzazione e riqualificazione dei servizi che nell'evitare duplicazioni e fratture di intervento garantisca una reale possibilità di azione efficace;

b) organizzazione della conoscenza: che si traduce da un lato nel conferimento di un ruolo reale e sostanziale alla partecipazione, e dall'altro in una individuazione dei bisogni reali e quindi nell'innesco concreto di un processo di prevenzione.

Entrambi i problemi si risolvono solo in relazione all'obiettivo da raggiungere. Di conseguenza, poiché non è possibile anticipare la conoscenza dei fenomeni reali ai fini programmatori, in quanto i dati non reperiti nel contesto nel quale il fenomeno si svolge non hanno alcun valore sostanziale, entrambi i processi vanno portati avanti contestualmente.

Ciò condurrà ad un coinvolgimento della popolazione e quindi alla saldatura delle conoscenze del tecnico a quelle del gruppo omogeneo (inteso come gruppo sociale formato da individui con comuni interessi e problemi in un dato territorio) a cui il servizio si rivolge, e quindi alla reale dimensione del fenomeno con possibilità di programmazione e verifica dell'intervento.

Ne consegue un'organizzazione dei momenti partecipativi non solo in termini procedurali, ma soprattutto in termini sostanziali per la definizione dei criteri con cui si va a costruire la mappa dei rischi nel contesto ambientale in cui questi si verificano, e la necessità di mettere a disposizione della popolazione dati interessanti le fasce di età in esame, in modo da consentire una reale scelta di priorità di programmi e quindi di interventi a livello di zone e distretto.

Le fasi attraverso le quali si sviluppa l'ipotesi di lavoro sono:

a) disaggregazione della fascia di età in esame in « momenti » caratterizzati da problemi specifici:

1) età fertile o periodo preconcezionale;
2) periodo della gravidanza;
3) periodo del parto;
4) età non fertile o periodo post-concezionale (menopausa)
5) periodo neonatale;
6) periodo della prima infanzia (0-6 anni);
7) periodo della seconda infanzia e pubertà (7-14 anni);
8) periodo dell'adolescenza (15-18 anni).

Questa suddivisione ha un valore soltanto strumentale che non inficia per nulla l'unitarietà e globalità dell'intervento che si intende realizzare;

b) selezione di problemi da affrontare all'interno di ogni singola fase. In relazione alla situazione esistente, sia in termini sanitari che socio-economici per dare più concretezza all'intervento, per evitare dispersione di forze e per non cadere nel pericolo di genericità, per ognuno di essi va evidenziato:

1) il rischio o i rischi principali (risultato di una concatenazione di rischi particolari) che costituiscono il problema da affrontare e permettono di precisare l'obiettivo che si intende raggiungere;

2) gli interventi che vanno predisposti per evitare o ridurre il rischio e non solo il danno;

3) gli strumenti da impiegare in relazione:
- ai livelli territoriali dell'intervento;
- ai servizi coinvolti;
- al tipo ed alla quantità delle prestazioni;
- al tipo di rapporti fra operatori e fra servizi;

c) elaborazione, dopo un'analisi della situazione esistente, di un'ipotesi di riorganizzazione dei servizi e della conoscenza come progressiva tendenza dalla situazione esistente verso livelli ottimali in diverse fasi, con continua verifica del programma in relazione all'evolversi effettivo dell'intervento;

d) predisposizione di provvedimenti in un dato tempo per innescare le fasi successive del processo;

e) valutazione periodica continua dei risultati e correzione degli interventi.

Per evidenti ragioni di interrelazioni tra i problemi materno-infantile e quelli generali dell'assistenza sanitaria e sociale i tre ultimi punti trovano la loro soluzione nelle parti del piano regionale che trattano dei servizi sanitari e socio-assistenziali dell'U.S.L. a cui si deve far riferimento esclusivo nella organizzazione dei servizi e nella programmazione delle attività.

Si intendono affrontare qui, in dettaglio, elementi di merito specifici che permettano di approfondire gli obiettivi di piano nei riguardi della maternità e dell'infanzia sia suggerendo temi di operatività (programmi e modalità di lavoro) dei servizi, sia in termini di formalizzazione della conoscenza.

Va infatti ribadito di nuovo quanto affermato nel piano sanitario nazionale: lo svolgimento degli interventi indicati, e di altri che le regioni riterranno di prevedere, non deve essere concepito come attività particolare di strutture ad hoc, ma come modalità finalizzata di operare *dei normali organi, servizi e presidi dell'U.S.L.*, ma in particolare deve rivolgersi alla salvaguardia del patrimonio di partecipazione, di lavoro di gruppo e orientamento preventivo, presente, nella nostra regione, nella realtà consultoriale.

Quale strumento di formalizzazione della conoscenza la Regione Piemonte ha adottato con deliberazione della Giunta Regionale 11-3-79, n. 93-19820, una proposta di scheda per la maternità e l'infanzia quale supporto operativo e contributo alla determinazione di un nucleo comune di dati da rilevare per la valutazione dei risultati, in sede nazionale ed in ogni singola regione, auspicato anche dal piano sanitario nazionale.

La Regione Piemonte, inoltre, con la deliberazione della G.R. n. 34-13958 dell'8-5-1978 ha adottato una scheda per l'anagrafe dei minori in istituto, finalizzata alla conoscenza del fenomeno dell'istituzionalizzazione. I dati, opportunamente elaborati e trasmessi ad ogni singola U.S.L., devono servire alla formulazione di un corretto programma di deistituzionalizzazione. Tali schede, opportunamente puntualizzate, vengono assunte quali strumenti operativi per l'attuazione del presente progetto.

3. ELEMENTI DI RAGIONE PER LA GUIDA DELL'INTERVENTO NELLE DIVERSE FASCE DI ETA'

Periodo preconcezionale

1) rischio: gravidanze non desiderate e non opportune; infertilità; obiettivo: gravidanze desiderate - procreazione libera e responsabile;

2) interventi: attività di promozione, di informazione e di educazione socio-sanitaria;

informazione, educazione sessuale, della fisiologia dell'apparato genitale maschile e femminile, sulla procreazione, sui metodi contraccettivi;

promozione della ricerca sulla contraccezione;

propaganda, consulenza, distribuzione e controllo dell'uso e dei mezzi anticoncezionali;

consulenza preconcezionale anche in relazione all'accertamento del patrimonio genetico;

indagini sociali volte ad accertare particolari situazioni epidemiologiche.

Date le caratteristiche delle prestazioni sopra indicate esse devono essere svolte da strutture il più possibile periferiche, che individuano nel luogo stesso di vita degli utenti le condizioni di rischio per ridurle ed eliminarle in maniera stabile e programmata senza ostacoli di approccio o di rapporto con gli utenti stessi.

Gli interventi devono quindi essere eseguiti a livello di distretto di base dagli operatori di base.

Per gli interventi specialistici occorre tuttavia che l'équipe di base si possa avvalere di prestazioni integrative da parte di tutti i servizi organizzati a livello dell'intera U.S.L. ed anche, attraverso questi, di servizi predisposti in rete regionale per più U.S.L. con metodologia d'intervento partecipato.

Le attività di educazione sanitaria e di informazione sono svolte dagli operatori di base secondo le specifiche competenze con i necessari collegamenti e le dovute integrazioni tra i diversi operatori a livello di équipe territoriale.

In attesa di apposita legislazione in materia, si ritiene che l'informazione sanitaria e sessuale nelle scuole debba essere programmata e gestita dai servizi scolastici, con il concorso ed il supporto tecnico dei servizi socio-sanitari.

Le attività su esposte devono essere svolte sia a livello individuale che collettivo, e rivolte a promuovere il dibattito sul problema all'interno di scuole, ambienti di lavoro, quartieri, ecc. e suscitando l'intervento degli altri operatori che agiscono sul territorio.

Si tratta quindi di prestazioni di base in cui si privilegia il momento della partecipazione dei gruppi interessati.

L'équipe di base deve assumere precisi indirizzi di coordinamento e individuare preordinati momenti di relazione per il lavoro in comune negli interventi suddetti e per la valutazione e la programmazione del lavoro stesso.

Le modalità di rapporto tra équipe di base e servizi specialistici devono conferire preciso privilegio al livello di base, come livello primario che utilizza sia le proprie competenze sia quelle presenti in altri livelli organizzativi.

L'integrazione e l'interrelazione delle varie prestazioni deve avvenire sia tramite la mobilità degli specialisti per attività di consulenza sia mediante l'adozione di metodi di documentazione dell'intervento (scheda per la raccolta dei dati) che costituiscono un modello comune di riferimento ed una trasmissione delle informazioni.

Periodo di gravidanza

1) rischio gravidico: mortalità materno-fetale; menomazione feto-neonatali;

obiettivo: salvaguardia della vita della madre, della vita e dell'integrità del bambino;

2) interventi:

– indagini sociali volte ad accertare: l'andamento demografico del fenomeno gravidanza; cause sociali di disagio della donna, della coppia, in ordine al problema;

– educazione sanitaria.

Consapevolizzazione della popolazione sui rischi onde facilitare il reperimento ed il controllo di tutte le donne gravide; andamento gravidanza, nozioni di puericultura, parto psicoprofilattico.

Controllo sanitario periodico di tutte le gravidanze: (scheda ostetrica, la cui compilazione da parte dell'ostetrico-ginecologo va garantita e verificata).

Controllo dei rischi ambientali: condizioni connesse al lavoro, trasporti, orari, ecc.

Controllo per una corretta applicazione della legislazione di tutela della donna e della famiglia.

Controllo delle condizioni domestiche in particolari circostanze: assistenza domiciliare, assistenza economica, assistenza sociale di sostegno, assistenza per l'alloggio o per l'individuazione e il reperimento di soluzioni ambientali alternative qualora non sia possibile la permanenza in famiglia, costituzione di gruppi famiglia o pensionati familiari ove siano accolte donne in stato di gravidanza o puerpere con il loro figlio.

Essenziale, anche per questi problemi, è il coinvolgimento della donna e della coppia, l'attività informativa ed educativa che deve dare un carattere ed un'impronta nuova anche all'indispensabile controllo sanitario. Nei riguardi di quest'ultimo è di notevole importanza la selezione (con le opportune cautele) delle gravidanze ad alto rischio per l'avvio delle gestanti ai presidi con funzioni di assistenza per le gravidanze ad alto rischio.

Corretta applicazione della legge 22-5-1978, n. 194, per quanto riguarda l'assistenza da offrire alla donna in gravidanza, sia per aiutarla a superare le cause che potrebbero indurla all'interruzione della gravidanza stessa, sia per l'eventuale attuazione delle procedure interruttive previste dalla legge, sia per garantire la sicurezza degli interventi.

Periodo del parto

1) rischio: mortalità materno-fetale; patologia che produce invalidità permanente; traumi psicologici durante il periodo del parto; precoce disadattamento genitori-figlio.

obiettivo: salvaguardia della vita della madre e integrità del figlio; garanzia di tranquillità psicologica della partoriente.

2) Interventi: parto non violento; durante ogni parto assistenza ostetrica e pediatrica mirata e continua.

3) Presenza del padre del nascituro o di persona di fiducia della partoriente, in ottemperanza alla L.R. 1-4-1980, n. 18.

Appare di estrema importanza il buon funzionamento dei servizi ospedalieri, ostetrici e pediatrici e la loro interrelazione dipartimentale con i servizi del territorio. Assume rilievo la necessità di effettuare correttamente il trasporto neonatale in emergenza e la necessità quindi di predisporre a tale scopo il servizio di trasporto malati, nonché la presenza, nella rete regionale, di servizi ospedalieri particolarmente attrezzati per l'assistenza alla gravidanza ed ai neonati ad alto rischio. Si rinvia alla tabella sui servizi ospedalieri per le precisazioni in merito.

Periodo non concezionale o della menopausa

1) rischi: danni all'integrità psico-fisica;

2) obiettivi: salute ed equilibrio psico-fisico della donna;

3) interventi: appoggio psicologico, guida sanitaria.

Periodo neonatale

1) rischi: mortalità; danni all'integrità psicofisica; alterazione rapporto genitori-figlio;

obiettivi: sopravvivenza; riduzione dei rischi potenziali; riduzione del deficit invalidante.

2) interventi: tutela precoce del rapporto madre-figlio; assistenza sanitaria pediatrica e infermieristica (ospedaliera, ambulatoriale e domiciliare programmata);

dépistage dei dismetabolismi;

controllo sanitario periodico mirato (scheda sanitaria);

educazione sanitaria alla famiglia (puericultura, igiene alimentare con particolare attenzione all'allattamento materno per il suo significato biologico ed affettivo), riconoscimento e trattamento precoce delle deficienze invalidanti (riabilitazione);

assistenza sociale domiciliare: aiuto alla madre nell'assistenza al bambino in particolari circostanze e nella cura dell'ambiente.

vigilanza sul rispetto delle prestazioni previdenziali.

Persiste l'importanza primaria della informazione alla coppia in relazione a tutti i problemi posti dalla nascita del figlio.

Occorre quindi innanzitutto organizzare la permanenza dei neonati in ospedale col sistema « rooming in » cioè nella stanza della madre. Assume inoltre particolare rilievo a questo proposito la sistematica assistenza domiciliare alle puerpere ed ai neonati durante il primo mese dal parto.

Periodo della 1ª infanzia (0-6 anni)

1) rischi: mortalità e morbosità invalidante, specie da incidenti domestici e stradali; istituzionalizzazione; emarginazione:

obiettivi: tutela della sopravvivenza e di un corretto ed armonico sviluppo psico-fisico; socializzazione; evitare al massimo l'istituzionalizzazione;

2) interventi: assistenza sanitaria, ambulatoriale, domiciliare e ospedaliera;

controllo sanitario periodico mirato; programmi di prevenzione per incidenti domestici e stradali;

vaccinazioni;

divieto di esami di radiologia di massa; prevenzione della iperprescrizione di farmaci;

educazione sanitaria e alimentare;

diffusione della conoscenza dei rischi, dei comportamenti e delle norme di sicurezza per la prevenzione degli incidenti;

riconoscimento e trattamento precoce delle deficienze invalidanti (riabilitazione);

interventi di sostegno alla famiglia in particolari casi onde facilitare il mantenimento del bambino in famiglia (aiuto economico, aiuto domestico);

interventi sostitutivi dell'ambiente familiare (affidamenti educativi a famiglie, gruppi e comunità alloggio anche per situazioni di emergenza);

interventi a favore di minori soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria nell'ambito della competenza amministrativa e civile (affidamenti preadottivi, adozioni, autorizzazioni all'allontanamento dalla casa parentale, ecc.);

interventi educativi e di assistenza diurna al di fuori del domicilio;

interventi di deistituzionalizzazione con programmi mirati al singolo soggetto;

3) strumenti: la scelta del periodo da 0 a 6 anni nasce soprattutto dalla necessità di integrare armonicamente l'intervento sociale, sanitario ed educativo, inteso come integrazione all'ambito familiare nel periodo più delicato della formazione della personalità.

Tutte le prestazioni di assistenza sociale e sanitaria alle famiglie naturali, affidatarie, adottive o alle comunità alloggio, e ad altre strutture tutelari, comprese le attività sulle strutture residenziali, vengono svolte dall'équipe di base, con le integrazioni specialistiche necessarie.

I servizi residenziali sostitutivi della famiglia, in casi di accertata carenza o inidoneità, sono svolti, di norma, a livello sovradistrettuale.

Gli interventi educativi in particolare non vanno concepiti come custodia del bambino, e quindi separati e frammentati per fasce di età, ma come servizi flessibili alle diverse esigenze e personalizzati.

Occorre quindi operare – in accordo con gli operatori di tali servizi – affinché gli asili-nido e le scuole materne assolvano sempre meglio alla funzione di socializzazione del bambino all'interno di un sistema di appoggio alla famiglia ed integrato con essa.

Non bisogna poi dimenticare che attraverso di essi, accanto all'informazione ed educazione sanitaria della famiglia sui problemi del bambino, inizia l'educazione sanitaria del bambino stesso. Importante in questo periodo è il programma dei controlli di salute (consultorio) e di attività preventiva a tappe prefissate e coincidenti, con il programma ampliato di vaccinazioni che deve essere organizzato in ogni distretto.

Periodo della seconda infanzia e pubertà (6-14 anni)

1) rischi: morbosità invalidante; difetti di sviluppo; istituzionalizzazione; emarginazione; ritardo e disadattamento scolastico; incidenti;

obiettivi: sanità psicofisica; sviluppo delle potenzialità; socializzazione, evitare al massimo l'istituzionalizzazione;

2) interventi: quanto previsto per il periodo precedente con l'aggiunta di quanto riguarda gli interventi educativi, individuali e collettivi:

prestazioni per garantire il diritto allo studio (mensa, trasporti, libri, ecc.);

campi gioco, soggiorni vacanza, attrezzature sportive per il tempo libero;

centri di aggregazione collettiva;

controllo per evitare lavoro minorile;

3) strumenti: la determinazione di questa fascia di età è legata alla scolarità dell'obbligo, il limite superiore in realtà va considerato puramente indicativo, dato che l'intervento specifico per questa età, e cioè il controllo dello sviluppo puberale, è da considerarsi proiettato all'interno anche della fascia di età successiva.

Vale quanto detto nei punti precedenti nei riguardi dei livelli territoriali e degli operatori, sottolineando tuttavia la drastica riduzione di importanza dell'intervento sanitario e l'incremento proporzionale dell'intervento sociale, educativo e psicologico, intesi come non distinti ma coordinati nel favorire lo sviluppo della personalità del bambino e il suo inserimento autonomo nella vita sociale.

In questa fascia di età assume particolare e ulteriore importanza il momento scolastico nel quale si svolge gran parte della vita dell'individuo. Sono di conseguenza indispensabili stretti collegamenti tra l'attività didattica e pedagogica e i servizi di cui sopra, in un sistema di rapporti precisi e coordinati che colleghino saldamente ed in modo continuo i servizi scolastici (educativi e pedagogici) e i servizi del territorio.

Anche in questa fase di intervento sarà coinvolta l'équipe di base che rimanderà poi ad interventi integrativi situazioni che necessitano approfondimenti particolari. È comunque fondamentale l'apertura della scuola al territorio ed il suo coinvolgimento in tutti i momenti di programmazione.

Particolare importanza assume in questa fase (anche se già presente a livello della fascia precedente) il problema della riabilitazione che deve trovare un completamento specifico nell'intervento scolastico e didattico, integrandosi strettamente ad esso.

È importante infatti ampliare il concetto di intervento riabilitativo che in un'accezione ampia del termine non deve limitarsi ad aspetti specifici ma coinvolgere globalmente l'individuo.

Periodo dell'adolescenza (15-18 anni)

1) rischi: mortalità, morbosità, mancato sviluppo psicofisico e sessuale; emarginazione; istituzionalizzazione; « disagio » minorile;

obiettivi: armonico sviluppo psico-fisico e sessuale; socializzazione; inserimento nel mondo del lavoro; evitare al massimo l'istituzionalizzazione;

2) interventi quanto previsto nel periodo precedente più controllo sanitario;

educazione individuale;

educazione collettiva (sport, biblioteche, iniziative culturali, centri di aggregazione);

appoggio psicologico;

assistenza sociale;

orientamento professionale;

collocamento al lavoro;

3) strumenti: la variabilità dei limiti di età a cui si

arresta l'intervento per l'infanzia è notevole nei servizi sanitari e sociali dei diversi Paesi.

Ciò è legato alla variabilità individuale dello sviluppo psicosomatico puberale in termini di età ed anche dalla diversità del rapporto tra servizi per l'infanzia e servizi per l'età adulta. In realtà in questa fase occorre promuovere un graduale passaggio tra una condizione infantile ad una adulta e si deve quindi considerare non razionale il brusco interrompersi di un ambito di servizi predisposti all'opera di prevenzione ad un limite di età che lasci a metà l'intervento stesso nei soggetti più a rischio, ciò giustifica la estensione della fascia di età fino a 18 anni. Il problema può essere agevolmente risolto all'interno dei servizi distrettuali in quanto polivalenti ed in grado di adeguare l'intervento alle mutate condizioni psicologiche dell'adolescente.

Gli strumenti quindi sono quelli già identificati nelle fasi precedenti con particolare attenzione all'inserimento nel mondo del lavoro. Per gli interventi sostitutivi dell'ambiente familiare occorre prevedere prestazioni a livello di U.S.L., anche per minorenni soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria nell'ambito delle competenze amministrative e civili (autorizzazione a contrarre matrimonio, affidamenti, autorizzazioni all'allontanamento dalla casa parentale, ecc.). I programmi zonali considereranno prioritari la non istituzionalizzazione della fascia dei bambini da 0 a 6 anni.

4. LIVELLI TERRITORIALI DELL'INTERVENTO

Appare chiaro dalla diffusività delle prestazioni richieste dal programma che i protagonisti dell'attuazione del progetto maternità ed infanzia dovranno essere gli operatori dei distretti socio sanitari.

Varrà la pena di ricordarli secondo le indicazioni del piano regionale: il pediatra, l'ostetrico-ginecologo, il personale infermieristico ed in particolare l'ostetrica, ma anche il personale dei servizi di ambiente, il medico generale, specie *in assenza di pediatri di base residenziali*, il farmacista, gli operatori di assistenza domiciliare, l'odontoiatra, l'assistente sociale e con il supporto integrativo degli operatori per la salute mentale, specie nei suoi aspetti rivolti all'infanzia.

Si tratta di operatori con autonomi compiti e responsabilità individuali ma che devono adottare precisi rapporti operativi comuni di lavoro interdisciplinare nonché di operare per obiettivi, sulla base di metodi informativi ed epidemiologici.

In altre parole sarà compito prioritario degli operatori dei distretti svolgere l'attività consultoriale riaccorpando ed integrando fin dall'inizio all'interno del servizio normale di distretto l'attività dei consultori familiari, pediatrici e ginecologici attualmente ancora in funzione come servizi separati e settoriali, nonché le attività cosiddette di medicina scolastica, all'interno del programma unificato per la tutela della maternità e della infanzia.

L'équipe distrettuale deve costituire quindi il punto di riferimento più diretto degli utenti nei confronti dei servizi, l'ambito in cui dovrebbe essere assicurata una copertura la più ampia possibile dei bisogni, il filtro ed il punto di riferimento esclusivo per tutti gli altri servizi.

Questi ultimi (servizi centrali di U.S.L., servizi poliambulatoriali, ospedale) devono strutturarsi per sostenere prioritariamente l'attività dei distretti soprattutto per quanto riguarda l'attività riabilitativa.

A livello zonale il coordinamento di tutti i servizi postula la necessità della costituzione di un *dipartimento territoriale dei servizi e degli operatori* della U.S.L. per la tutela materno infantile. Il che significa la messa in comune, di strutture, metodologie e strumenti di lavoro finalizzati in special modo alla saldatura dell'attività ospedaliera con quella del territorio, così da non interrompere il circuito degli interventi.

Ciò permetterà di ristrutturare dipartimentalmente in maniera finalizzata anche l'importantissimo settore ospedaliero ostetrico e pediatrico, essenziale per lo svolgimento corretto del parto.

In ogni ospedale di base dovrà essere possibile una corretta assistenza ai parti anche nei casi di rischio imprevisto e imprevedibile, nonché ai neonati-rischio, per quanto riguarda i primi interventi.

Ciò non significa che la prevalenza e la direzione dell'intervento si collochino in sede ospedaliera.

La direzione e la responsabilità collettiva è, e deve essere collocata a livello di territorio attraverso il coordinamento dei servizi centrali di U.S.L. come previsto dal capitolo apposito.

La forma principale nel breve periodo dell'esercizio di tale coordinamento dovrà essere la formazione del personale, sia come aggiornamento e riqualificazione che come approfondimento specifico del progetto e di quelli interrelati (l'ambiente, assistenza domiciliare, ecc.).

A più ampio termine l'attività formativa di base nelle U.S.L. con scuole professionali dovrà colmare gli eventuali vuoti.

A livello regionale si colloca il controllo funzionale dei servizi di rete (funzione di supporto per le gravidanze ed i neonati ad alto rischio, diagnostiche a specialistiche, ecc.), nonché il supporto di elaborazione e controllo epidemiologico dei dati raccolti attraverso la scheda regionale per la maternità e infanzia in collegamento con il livello nazionale; nonché il supporto scientifico e formativo alle attività dell'U.S.L. e il controllo dell'uniformità metodologica ed infine la ricerca scientifica.

5. MODALITA' OPERATIVE

La fase operativa strutturale coincide totalmente con il processo di applicazione della riforma:

1) costituzione delle U.S.L.,

2) delimitazione dei distretti,

3) formazione degli uffici di direzione dell'U.S.L.,

4) integrazione dei servizi esistenti nei nuovi servizi con priorità all'attività distrettuale.

Resta inteso che i progetti-obiettivo ed in particolare il progetto di cui si parla sono priorità che guidano la delicata fase applicativa della riforma stessa.

Non appena si sia abbozzato un livello direzionale di U.S.L. e si siano strutturati i distretti la processualità potrà essere così ipotizzata:

1) adozione di uno schema di lavoro che abbia per base le proposte assunte nel presente piano e che si allarghi a tutti gli interventi necessari alle diverse fasce di età;

2) compilazione, con i dati a disposizione, di una mappa di rischio specifico del territorio dell'U.S.L., tenendo conto della interrelazione con le mappe di rischio ambientale;

3) scelta di una prima strategia di intervento sui rischi o sui danni più gravi e che interessino il maggior numero di esposti riutilizzando gli operatori esistenti;

4) attuazione delle iniziative di formazione finalizzata (di base e permanente);

5) inizio dell'intervento sulla totalità della popolazione interessata con trasformazione di ogni attività settoriale precedente: consultori familiari e pediatrici; medicina scolastica, ecc.);

6) verifica dell'intervento.

Per il calcolo dei fabbisogni e degli interventi necessari al punto 3) tenuto conto dei:

a) tipi di intervento prioritari all'interno di quelli elencati;

b) numero di esposti e quindi del numero delle prestazioni necessarie nonché della loro periodizzazione;

c) numero delle prestazioni per ora di lavoro o per operatore;

d) numero di operatori utilizzabili e dell'orario copribile da loro;

non è difficile pervenire ad un programma operativo.

Il programma operativo dovrà essere attivato entro il 1982.

6. VERIFICA DELL'INTERVENTO

Esistono fondamentalmente due tipi di verifica: a lungo termine e a breve termine. La verifica a lungo termine coincide fondamentalmente con il controllo epidemiologico del progetto. Essa presuppone innanzitutto un'attenzione specifica alla raccolta dei dati, indispensabile da parte dei servizi, e dalla loro trasmissione ed elaborazione nell'ambito del sistema informativo sanitario regionale, con ritorno agli stessi operatori dei servizi e soprattutto alla popolazione.

L'andamento degli indici scelti come base per la determinazione degli obiettivi costituisce quindi la sostanza di tale valutazione.

La verifica a breve termine si basa essenzialmente sulla conoscenza delle attività dei servizi, sulla loro coerenza con il progetto e con gli obiettivi generali della riforma.

In particolare paiono essenziali:

1) l'attuazione dell'intervento su tutto il territorio in tutte le U.S.L., in tutti i distretti;

2) l'accessibilità ai servizi da parte di tutta la popolazione;

3) la completezza dell'intervento;

4) la corretta raccolta delle informazioni e dei dati.

Si rimanda ai capitoli sulla valutazione dell'intervento e sulla valutazione dell'applicazione di piano per ogni maggiore dettaglio.

7. SISTEMA INFORMATIVO PER IL PROGETTO

Entro il 1981 sulla base delle procedure di cui al capitolo apposito, dovrà essere attivata la raccolta sistematica dell'informazione in ogni distretto e in ogni U.S.L. riguardante gli obiettivi di cui sopra.

Entro il primo semestre del medesimo anno dovranno essere determinati gli indicatori epidemiologici e di valutazione.

In linea di massima è possibile prevedere:

1) il numero degli aborti volontari e spontanei;

2) la mortalità perinatale;

3) la mortalità infantile;

4) il numero e il tipo di handicap (incidenza e prevalenza);

5) il numero di malattie infettive;

6) il numero di minori istituzionalizzati o con altri problemi di sostituzione o integrazione dell'ambito familiare;

7) gli indicatori per il controllo di qualità degli interventi.

8. LE RISORSE

La copertura della spesa va ricercata:

a) nelle risorse finalizzate e vincolate previste dal piano sanitario nazionale;

b) nell'ambito delle risorse già destinate ai servizi sanitari, prevedendo le necessarie riallocazioni funzionali;

c) nell'ambito delle risorse già destinate ai servizi socio-assistenziali;

d) nei fondi per i consultori familiari.

9. SCHEMA DEI CONTROLLI SANITARI IN GRAVIDANZA

Le indicazioni proposte per la frequenza dei controlli ostetrici in gravidanza hanno carattere orientativo e devono trovare logica applicazione e nel singolo caso e in rapporto alle possibilità strutturali offerte dal servizio.

La prima visita ostetrica viene effettuata per confermare la positività del test di gravidanza: di solito ciò avviene entro la VI-VII settimana. Vengono richiesti gli esami di routine prescritti dalla scheda ostetrica e contemporaneamente l'utente viene informata delle diverse problematiche che lo stato di gravidanza comporta. In questa occasione vengono consegnati il libretto e la scheda di gravidanza.

La seconda visita ostetrica è effettuata a breve scadenza dalla prima, alla VII-IX settimana: vengono esaminati gli accertamenti precedentemente richiesti e se necessario si impostano gli approfondimenti del caso.

Le successive visite previste alle scadenze riportate in tabella prevedono l'accertamento dei parametri proposti dalla scheda ostetrica e verranno eseguite alternativamente dall'ostetrica o dallo specialista.

È auspicabile che l'ultima visita in gravidanza venga eseguita dell'équipe medica che provvederà ad assistere il parto ed il puerperio.

Schema nr. controlli in gravidanza

ginecologo	*ostetrica*	*ambulatorio ospedaliero*
1ª visita-VI sett.		
2ª visita-VIII sett.		
3ª visita-X sett.		
	4ª visita-XVII sett.	
	5ª visita-XXI sett.	
	6ª visita-XXIV sett.	
	7ª visita-XXVIII sett.	
	8ª visita-XXXII sett.	
	9ª visita-XXXVI sett.	
		10ª visita XXXIX sett.

10. SCHEMA DI CONTROLLI DI SALUTE PER L'INFANZIA

Lo schema dei controlli e strumenti previsti per l'attuazione di un programma di medicina preventiva per l'infanzia è il seguente:

– programma dei controlli da effettuarsi nel primo anno di vita. Essa è allegata al foglio di dimissione del neonato dalla maternità. Sono previsti 4 controlli nel primo anno di vita al 1°, 3°, 6° e 11° mese;

– Programma dei controlli da effettuarsi fra il 2° ed il 14° anno; sono previsti 5 controlli al 2°, 3°, 6°, 10° e 14° anno;

– Dieci opuscoli contenenti informazioni ai genitori dei bambini presi in esame, da consegnarsi ad ognuna delle tappe-controllo;

– Tabella per la raccolta dei dati di « non normalità » e l'invio di tale informazione alla elaborazione statistica;

– Modulo da utilizzarsi in occasione della visita del 6° anno (nelle scuole);

– Modulo da utilizzarsi in occasione della visita del 10° anno:

schede di approfondimento dei sospetti formulati in occasione delle visite. Tali schede propongono all'utente l'iter

diagnostico ottimale per avere conferma od esclusione di una eventuale diagnosi di sospetto. Tali schede, una volta utilizzate consentono di raccogliere i dati di « non normalità ».

Proposta di calendario rinnovato delle principali vaccinazioni obbligatorie e volontarie nei primi due anni di vita

1) dopo il 3° mese – antipolio + antidifterica/antitetanica

2) a 40 gg. dalla prima – antipolio + antidifterica/antitetanica

3) al 9° mese – antipolio

4) al 15° mese - antimorbillosa (o trivalente antimorbillo, rosolia e parotite non appena consentita in Italia, almeno ai bambini ammessi in comunità)

5) entro il 2° anno - antipolio + antidifterica/antitetanica.

All'antidifterica e antitetanica va associata la antipertosse nei bambini a rischio; in tal caso le somministrazioni nel primo anno diventano tre.

Allegato n. 13 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI IN OGNI AMBIENTE DI LAVORO

1. GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO

Il progetto regionale di prevenzione dei danni derivanti dalla nocività delle lavorazioni fa riferimento ad un programma più vasto di deistituzionalizzazione sociale, che prevede la razionalizzazione dell'esistente e la creazione di nuovi servizi; che aggreghi linee politiche di intervento di prevenzione sull'ambiente di lavoro e sull'ambiente di vita e coinvolga vari tipi e livelli d'azione, economici, giuridici e tecnici nei diversi settori del lavoro, della sanità, dell'assistenza, dell'ecologia, dell'agricoltura, dei trasporti, del bilancio, della formazione professionale.

1.1 Obiettivi generali ed obiettivi specifici

Obiettivi del progetto sono la *conoscenza dei fattori di rischio* presenti nell'ambiente di lavoro e nel territorio e delle *condizioni di salute ad essi connesse*, la *organizzazione dei controlli e delle strutture* necessarie all'espletamento di *interventi preventivi* e di risanamento, per la *riduzione dell'esposizione al rischio* e la *sua graduale eliminazione*.

Tale genericità di definizione degli obiettivi è derivata dal fatto che i dati conoscitivi attraverso i quali avrebbero potuto identificarsi finalità più precise e meglio articolate (per tipo di rischio, per nosologia, per categoria di lavoro), sono del tutto carenti e che l'informazione relativa al settore in questione si basa soltanto su dati molto parziali e certamente molto al di sotto del vero, come rileva lo stesso piano sanitario nazionale.

Il tipo di rischi da aggredire, il settore od i settori di lavoro cui indirizzarsi in via prioritaria, i controlli sanitari per un certo tipo di patologia o per un altro, non possono essere individuati a livello di regione, in modo esauriente, con l'informazione attualmente in possesso. È comunque essi vanno analizzati in riferimento alle singole zone ed alle diverse realtà produttive.

A livello di singole zone, di singoli Comuni, possono essere specificate prime ipotesi di intervento, già mirate ad obiettivi più ristretti e meglio definiti, per conoscenze già in possesso di strutture operanti nel territorio, come è appunto il caso di alcune unità di base.

Ed è sempre nelle singole zone che gli obiettivi specifici del progetto speciale verranno integrati con tutte le altre iniziative (economiche, infrastrutturali, di riequilibrio territoriale, ecc.), necessarie al governo complessivo del territorio, iniziative che consideriamo collaterali al progetto stesso e che pertanto non vengono qui definite, ma che risulteranno dalla lettura complessiva del piano sanitario regionale.

1.2. I riferimenti territoriali ed i campi di applicazione

Allo stato attuale è già comunque possibile rilevare alcuni indicatori di rischio che derivano da alcuni fatti di carattere macroscopico a livello regionale:

– aziende in cui si producono e si manipolano coloranti e collanti e sostanze chimiche altamente tossiche, teratogene, cancerogene, mutagene;

– situazioni nel settore agricolo, di produzione e di trasformazione dei prodotti, a largo impiego di sostanze chimiche quali diserbanti, anticrittogamici, coloranti, conservanti, ecc.;

– ambienti di lavoro dove si sviluppano polveri pneumoconiotiche a danno irreversibile;

– ambienti di lavoro in cui sono presenti gas e vapori broncoirritanti;

– lavorazioni che prevedono impiego di piombo e suoi composti;

– situazioni tecnologiche ad alto grado di rischio di infortuni;

– lavorazioni che espongono ad alti livelli di rumorosità;

– lavorazioni che espongono a rischio di radiazioni ionizzanti.

Sono questi altrettanti campi nei quali si possono avviare *immediatamente* iniziative di approfondimento della conoscenza per orientare i successivi interventi su specifici obiettivi, tesi a ridurre e progressivamente eliminare l'esposizione ai *rischi più gravi*, attraverso indicazioni intermedie di riduzione graduale del numero degli esposti e di modifica dell'ambiente di lavoro e, subordinatamente, di utilizzo di adeguati mezzi di protezione individuale e collettiva.

In base alle diverse situazioni nella Regione Piemonte si possono individuare tre prime grossolane distribuzioni delle realtà produttive:

a) poli a prevalente sviluppo industriale: comprensori 1, 2, 7;

b) poli a prevalente sviluppo agricolo: comprensori 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15;

c) poli senza una reale prevalenza e con una certa presenza silvo-pastorale: comprensori 3, 6, 8.

Questa distinzione in realtà è solo largamente indicativa in quanto al loro interno i singoli comprensori presentano diversificazioni notevoli, tali da individuare situazioni omogenee per alcune soltanto delle 76 zone.

Senza una precisa localizzazione esiste infine tutto il settore dell'artigianato. L'attività del servizio igiene e sanità pubblica di U.S.L., tenuto conto che gli artigiani sono dispersi in insediamenti produttivi poco appariscenti, deve rivolgersi con particolare attenzione a tutto questo insieme di lavoratori.

1.3. Verifica dei fattori di rischio indicati nella piattaforma sindacale e loro riferimento a tutte le situazioni

L'elenco dei fattori di rischio e quindi le priorità cui dare esecuzione, debbono essere verificate alla luce di quanto detto nel paragrafo precedente, nelle singole realtà territoriali, a livello di ogni zona.

È infatti indispensabile riferire il suddetto elenco alle prime mappe grezze e su di esse individuare le priorità, posto che la graduazione e la stessa elencazione dei rischi sono largamente influenzate dalla realtà torinese e presentano una migliore aderenza alle zone a prevalente sviluppo industriale, mentre vanno meglio calibrate alle zone a prevalente sviluppo agricolo.

In questo senso il progetto regionale non può che limitarsi ad indicare gli strumenti di gestione e di intervento, a mettere a disposizione tutto quanto è necessario all'avvio degli interventi, a garantire la praticabilità delle scelte sia sotto il profilo tecnico-amministrativo che politico-economico.

Compete alle singole zone, al futuro governo delle unità locali, la individuazione delle priorità, l'adeguamento degli obiettivi generali alle specificità locali; la responsabilità della copertura dei diversi fabbisogni per le differenziazioni esistenti all'interno delle zone stesse, eliminando disparità e discriminazioni.

Sarà pertanto indispensabile che gli interventi per la tutela della salute nei luoghi di lavoro non si limitino al solo settore industriale – ed in questo alla grossa fabbrica – ma si rivolgano in misura adeguata all'agricoltura

e alla zootecnia, all'artigianato in tutte le sue espressioni e mettano particolare attenzione al lavoro a domicilio.

1.4. Primi obiettivi

Riteniamo tuttavia che alcuni primi *obiettivi specifici* possano comunque essere perseguiti, non ignorando le priorità a suo tempo indicate dalle OO.SS. piemontesi, aggredendo i rischi già elencati e noti per le varie situazioni produttive.

Va inoltre a questo proposito menzionato il fatto che esiste già una discreta elaborazione su alcuni rischi industriali a seguito delle iniziative intraprese dagli enti locali e risultante dal lavoro svolto da istituti universitari e di ricerca in forza delle convenzioni stipulate in particolare dalla Regione e dal Comune di Torino.

Per *l'industria* possono essere immediatamente messi in atto interventi volti al controllo ed alla prevenzione di alcuni fattori di rischio, come l'amianto, il rumore, la silice, le amine aromatiche ed altri fattori cancerogeni.

Per l'amianto in particolare si tratta di recuperare le iniziative che la Regione e la Provincia di Torino hanno già promosso.

Per *l'agricoltura* gli interventi volti alla prevenzione e al controllo di alcuni fattori di rischio legati all'impiego di antiparassitari, diserbanti ed altri prodotti chimici, passano attraverso l'uso corretto dei registri delle persone titolari di autorizzazione al commercio ed alla vendita prescritta dall'art. 9 del D.P.R. 3 agosto 1968, n. 1255, e rilasciati dal servizio d'igiene e sanità pubblica dell'U.S.L. competente per territorio, nonché dei registri di « carico e scarico » prescritti dall'art. 22 dello stesso decreto, che devono essere vistati in ogni loro pagina dal predetto servizio e richiede l'approntamento di adeguati controlli ambientali e sulle persone.

Per gli addetti alla zootecnia, in base alle antropozoonosi presenti e rilevate, potranno essere approntati gli adeguati provvedimenti di controllo e prevenzione, in accordo con i servizi veterinari.

Per *l'artigianato* si propone di dare il via alla rilevazione delle attività svolte nelle varie zone ed alla costruzione delle prime mappe e degli elenchi degli esposti e quindi alla messa in atto dei primi interventi di controllo ambientale e sulle persone.

Giova comunque ricordare che, a prescindere dalle diversità delle zone e dalle localizzazioni preminenti, anche nel settore artigianale sono già noti diversi rischi – e sono stati formulati vari protocolli di intervento – come il piombo nelle ceramiche, i solventi nelle pelletterie, la trielina nelle tintorie e lavanderie, rumore e polveri (inerti e non) nelle falegnamerie, solventi di vario genere nelle autocarrozzerie.

Sulla scorta di queste indicazioni, stabilite da debite priorità, si è certi che adeguati interventi potranno essere realizzati.

Per il settore del *lavoro a domicilio*, nel tenere presente appunto l'assoluta mancanza di dati e di iniziative, sembra necessario ricordare la improcrastinabilità di mettere in piedi un intervento volto alla individuazione del fenomeno ed alla creazione di una prima mappatura del territorio, per garantire agli interessati una adeguata protezione.

È superfluo ricordare che, nelle zone dove alcune attività sono state già avviate, si dovrà garantire la continuità a quanto sinora fatto.

2. STRUMENTI E GESTIONE DEL PROGRAMMA

La legge regionale 20 maggio 1980, n. 53, contiene gli elementi di riferimento e normativi per la costruzione di una struttura di servizio per il settore di cui ci occupiamo, senza entrare pertanto nello specifico strutturale; in questa sede importa soltanto svolgere quella parte del discorso che riguarda aspetti attinenti alla organizzazione ed alla gestione delle strutture che dovranno essere utilizzate per la realizzazione del programma e ad un suo immediato avviamento.

Il presente progetto pertanto propone una serie di iniziative che a partire dal livello regionale investono le varie istanze amministrative subregionali per:

1) organizzare un sistema informativo ancorato agli ambienti territoriali – luoghi di lavoro, comuni, zone, comprensori, regione – che, capace di autoregolarsi, consenta a tutti i livelli la conoscenza dei fattori di rischio presenti nell'ambiente di lavoro e nel territorio;

2) predisporre un sistema di controlli sulle condizioni di salute connessi ai fattori di rischio cioè di conoscenza quantitativa e qualitativa dei lavoratori e dei cittadini esposti ai rischi individuati;

3) intervenire con le iniziative mirate e gli strumenti tecnico-scientifici finanziari e giuridici più opportuni a favore della ristrutturazione tecnologica delle unità produttive industriali, artigianali ed agricole.

2.1. La costituzione del servizio, la utilizzazione delle unità di base

La prima fase di avvio degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto, in particolare *l'obiettivo della conoscenza*, deve partire dalla considerazione della settorialità delle fonti di dati conoscitivi e quindi porta all'esigenza, in riferimento al decentramento o consorziamento comunale per le zone, di individuare un settore di intervento unitario dell'U.S.L. (servizio per la tutela della salute dei lavoratori) che costituisca un punto di riferimento per la omogeneizzazione di modi, criteri e tempi di raccolta dati, sulla base delle funzioni regionali di indirizzo, promozione e proposta.

L'U.B. ha costituito in diverse zone il primo strumento di avvio di iniziative; essa pertanto va collocata all'interno del programma di predisposizione degli strumenti organizzativi, la cui quantificazione e caratterizzazione non può essere fatta aprioristicamente, ma va collegata alle esigenze reali emergenti via via dalle singole realtà locali, in rapporto alle iniziative e alla domanda di intervento.

Va precisato che ad un indirizzo unitario sul piano degli obiettivi deve fare riscontro, per quanto attiene al modulo *operativo*, una diversità organizzativa tra le varie U.S.L., nel senso che le caratteristiche del servizio debbono essere adeguate alla realtà del territorio, sia in termini di indici di rischio e di nocività, sia in termini di qualità e forme di partecipazione che la collettività tende a darsi.

Per esempio la struttura del Comune di Verbania, e della U.S.L. 55, per le caratteristiche produttive e di rischio della zona non potrà essere identica per strumenti, tipi di intervento e organico necessario, a quella della zona 23 di Torino che comprende l'insediamento di 5 sezioni della Fiat Mirafiori con circa 60.000 lavoratori, così come entrambe saranno diverse da quella del Comune di Trino V.se, zona 76, con la presenza di una centrale termonucleare, di cementifici e dei problemi connessi alle sostanze chimiche usate per le lavorazioni agricole di risaia.

Il senso della gradualità dell'acquisizione delle conoscenze, intrinseco nella procedura prospettata, consente di graduare le stesse « risposte » in riferimento all'obiettivo dell'*organizzazione delle strutture*, e anche di dare un supporto immediato per soluzioni di modifica nei luoghi di lavoro e nel territorio; tale supporto immediato sarà di per sé stimolante verso soluzioni più complesse ed integrante circa gli strumenti organizzativi ed il reperimento di strutture e servizi necessari ed aggregabili.

A livello di zona dovrà essere creato un primo nucleo costitutivo di un servizio destinato alla tutela e salvaguardia degli ambienti di lavoro, che nelle situazioni già avviate può essere identificato nelle unità di base, le quali

si trasformeranno nella sezione per la tutela della salute dei lavoratori.

A titolo orientativo la sezione dovrebbe comprendere professionisti con competenze in igiene del lavoro e in medicina del lavoro, tecnici dell'ambiente, che operano con funzioni di direzione, coordinamento, promozione e di consulenza nei confronti degli operatori di base e di quelli ospedalieri.

2.2. Modalità attuative del programma

A. *Censimento delle attività produttive e costruzione delle prime mappe*

La fase d'avvio del servizio sarà quella del censimento di tutte le situazioni produttive, nei vari settori, dando luogo ad una prima mappa relativa al territorio di riferimento attraverso la quale possono essere già individuate quelle situazioni per le quali possano essere ragionevolmente ipotizzati primi interventi di modifica.

Si assiste di frequente infatti a situazioni nelle quali i lavoratori hanno già identificato i rischi ambientali, hanno individuato le possibili modifiche, sono in fase di costruzione delle piattaforme e l'intervento di un servizio arresta questo processo, per ripartire dall'inizio, riprendendo la fase della conoscenza.

In questa fase, che potremmo chiamare di organizzazione del processo conoscitivo dovranno essere evidenziate anche quelle situazioni più pericolose nelle quali tuttavia l'intervento è reso difficile dalla situazione oggettiva del settore o da difficoltà del movimento.

In completo accordo con le forze sociali una prima fase di avvio dovrebbe essere quella di promuovere tutte quelle iniziative e quei contatti, che vanno sotto il nome di educazione sanitaria, necessari ad avviare la creazione del movimento attorno ai problemi della difesa della salute nei luoghi di lavoro, dove esso è scarso o assente; è questo il caso del lavoro agricolo, dell'artigianato, del lavoro a domicilio, dove spesso è più elevato lo sfruttamento, più forti sono i rischi e maggiori sono le minacce alla salute.

Al censimento delle situazioni produttive dovrà far seguito da un lato la impostazione delle mappe complete, per unità produttiva, e dall'altro la costruzione degli elenchi degli esposti.

B. *Prime ipotesi operative nelle U.S.L. e nelle unità produttive*

Questa prima fase, che si identifica da un lato con la organizzazione della conoscenza, dall'altro con la promozione di un rapporto positivo e fiduciario con gli utenti del servizio, dovrà aprire la strada alla individuazione delle prime ipotesi operative ed alla formulazione del piano complessivo degli interventi, come anche alla attribuzione di competenze ed attività ai vari componenti la struttura operativa: quelle relative a modifiche già perseguibili, quelle relative a provvedimenti di natura repressiva, ad interventi di approfondimento sull'ambiente, ai controlli sulle persone, a problematiche più complessive da affidare al complesso delle istituzioni di governo del territorio.

Nella fase di prima applicazione del piano saranno aggredite le situazioni di maggiore rischio (qualitativo e quantitativo), attraverso la definizione di priorità da ricercare con opportuni contatti con le organizzazioni sindacali e le rappresentanze aziendali delle varie zone.

Elemento qualificante da ricercare per la gestione del progetto obiettivo, non è solo quello di dare comunque il via ad iniziative che diano il segno del cambiamento, ma anche di cominciare ad aggredire i settori sino ad oggi trascurati, come l'agricoltura e l'artigianato.

Per l'agricoltura in particolare si ritiene che tale settore debba essere immediatamente interessato dagli interventi nelle zone a forte consumo di prodotti chimici e con elevato numero di addetti (46, 67, 69, 59, 75).

I rischi su cui sono state raccolte informazioni sono fino ad ora sei: silice, asbesto, broncoirritanti, cancerogeni, rumore, infortuni.

	U.S.L.	*Settore produttivo*	*Rischi*
6	Torino: Quartiere S. Donato	Metalmeccanico Gomma	Rumore Broncoirritanti Cancerogeni Silice Asbesto Infortuni Altri (Pb)
8	Quartiere Vanchiglia	Metalmeccanico Mat. Plastiche Farmaceutica Trasporti Prod. e distr. gas	Rumore Broncoirritanti Cancerogeni Infortuni
14	Quartiere Parella	Metalmeccanico Mat. Plastiche Chimica Farmac. Alimentari Poligrafiche	Rumore Broncoirritanti Cancerogeni Silice Asbesto Infortuni
23	Quartiere Mirafiori sud	Metalmeccanico Mat. Plastiche	Rumore Broncoirritanti Cancerogeni Silice Asbesto Infortuni
26	Alpignano	Metalmeccanico Chimico Legno e affini Farmaceutico Tessile Vetro	Rumore Broncoirritanti Infortuni Silice Asbesto Sost. cancerogene
33	Nichelino	Metalmeccanico	Rumore Broncoirritanti
28	Settimo T.se	Metalmeccanico Chimico Raffineria Tessile Cosmetici Vetro e ceramica Varie	Rumore Broncoirritanti Infortuni Silice Asbesto Sost. cancerogene
27	Ciriè	Metalmeccanico Chimico Tessili Legno Carta	Rumore Broncoirritanti Infortuni Silice Asbesto Sost. cancerogene
39	Chivasso	Metalmeccanico Alimentare Poligrafico Tessile Varie	Rumore Broncoirritanti Infortuni Silice Asbesto Sostanze canc.
30	Chieri	Metalmeccanico Alimentari Carta	Rumore Broncoirritanti Infortuni
31	Carmagnola	Metalmeccanico Tessile Chimico Alimentare Legno	Rumore Broncoirritanti Infortuni Silice Asbesto Sost. cancerogene
44	Pinerolo	Metalmeccanico Chimico Tipografico Carta Estrattivo Alimentari Legno	Rumore Broncoirritanti Infortuni Silice Asbesto Sost. cancerogene

	U.S.L.	*Settore produttivo*	*Rischi*
49	Vercelli	Metalmeccanico Tessile Carta Alimentare Legno	Rumore Broncoirritanti
50	Gattinara	Metalmeccanico Legno Ceramica Tessile Abbigliamento Metallurgico Chimico	Rumore Broncoirritanti Silice Infortuni
68	Asti	Metalmeccanico Cave Carta Vetro Alimentare	Rumore Broncoirritanti Infortuni Silice Asbesto Sost. cancerogene
72	Tortona	Metalmeccanico Alimentare Tessile Ceramica Chimica	Rumore Infortuni Broncoirritanti Silice
73	Novi Ligure	Metalmeccanico Alimentare Chimica Tessile Carta	Rumore Broncoirritanti Infortuni
74	Ovada	Metalmeccanico Fonderie Edili Tessili Chimica	Rumore Broncoirritanti Silice Asbesto

C. *Attuazione delle singole ipotesi: strumenti e personale per il controllo ambientale, strumenti e personale per il controllo degli esposti*

Il controllo delle condizioni ambientali nei luoghi di lavoro non deve essere disgiunto dai servizi cui compete il controllo dell'ambiente in generale ed avviene di norma su chiamata degli operatori ai quali è deputata la difesa della salute dei lavoratori delle unità produttive in questione.

Tale concezione, se appare innovativa nei confronti di una pratica che ha tenuto sempre separata la fabbrica ed i problemi del lavoro in generale dal resto delle attività sanitarie, è ormai largamente accettata in considerazione del fatto che non è possibile disgiungere il controllo del microclima dalla difesa complessiva dell'ambiente; e seppure tale pratica potrebbe essere operativamente ipotizzata negli ambienti di lavoro confinanti (fabbrica) appare del tutto improponibile negli ambienti agricoli, dove l'ambiente è del tutto unitario.

Le funzioni di base sono esercitate dai tecnici del servizio di igiene ambiente della Unità sanitaria locale con le loro eventuali proiezioni a livello dei distretti.

Le funzioni integrative sono svolte dai laboratori di sanità pubblica, operanti con funzioni zonali o multizonali.

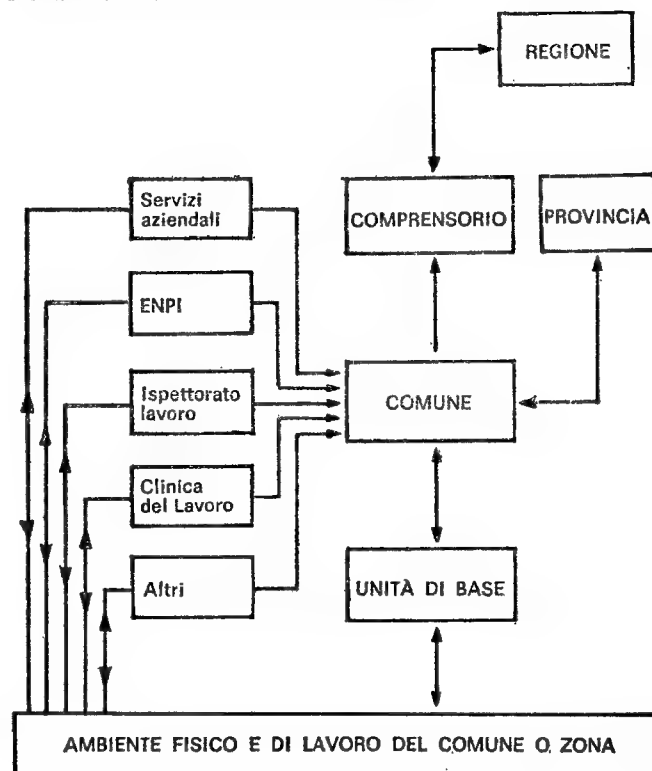
Gli aspetti organizzativi generali sono stati già descritti altrove e ad essi si rimanda per le specificazioni.

Nella fase iniziale del progetto il controllo dell'ambiente avverrà attraverso l'utilizzo delle U.B. o le strutture proprie dei Comuni; l'eventuale utilizzo dei servizi esistenti già competenti in materia potrà avvenire mediante l'apprestamento di appositi *accordi o convenzioni* al fine di garantire la rispondenza del servizio ai programmi definiti dall'U.S.L. o dal Comune.

Per il controllo sull'ambiente si possono utilizzare:

– le U.B., che sono dotate di un minimo di attrezzature, e quelle attrezzature già esistenti e a disposizione degli *uffici di igiene* comunali, per indagini di primo livello e per il prelievo di campioni; l'U.B. che attualmente ha dimensioni comunali, *per assolvere alla funzione di servizio di zona*, dovrà disporre non *solo di attrezzature fisse*, ma anche di una *mobilità sul territorio* (prevista peraltro dalla stessa delibera consiliare del 1973) compatibile ovviamente con le dimensioni e la struttura geomorfologica della zona;

– *la sezione chimica del laboratorio provinciale di igiene e profilassi*, opportunamente riconvertita e potenziata e sulla base delle competenze individuate e descritte nell'apposito capitolo in qualità di organo tecnico al servizio dei comuni e delle zone per interventi più specializzati;

Grafico 1. Schema funzionamento servizi 1° e 2° livello
Nella fase di transizione

– *le strutture dell'Ispettorato del lavoro, dell'ENPI e dell'A.N.C.C.* dal momento in cui la legge di riforma le mette nelle condizioni di disponibilità ufficiale; la utilizzazione dei suddetti istituti, esaminate le disponibilità di personale ed attrezzature, potrà avvenire in base a specifici accordi instaurati dall'amministrazione regionale, previa intesa su criteri e modalità con le organizzazioni sindacali ed imprenditoriali;

– *le strutture universitarie*, che potranno essere utilizzate con rinnovata procedura di convenzione.

Il controllo degli esposti

In attesa dell'emanando testo unico di igiene e sicurezza di lavoro, previsto dall'art. 14 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e nell'ambito delle disposizioni della legge regionale 20 maggio 1980, n. 53, ai fini del controllo dello stato di salute dei lavoratori e degli eventuali danni prodotti dalla esposizione ai rischi da lavoro, il servizio assume sostanzialmente *compiti di coordinamento e di utilizzo delle strutture esistenti*, con possibilità operative proprie molto ridotte. Ciò al fine di non costituire nuove strutture autarchiche (volte solo ad indagini preventive), settorializzate e distinte da quelle di cura e riabilitazione, e di rifiutare la logica degli screenings multifasici dei check-up.

Nella fase iniziale il lavoro delle unità di base, per

quanto concerne questo settore, sarà volto alla raccolta dei dati per la compilazione degli elenchi degli esposti, mediante la utilizzazione di tutte le informazioni disponibili presso i servizi di medicina aziendale, le casse mutue aziendali, l'INAIL, l'ENPI, i patronati sindacali, gli istituti mutualistici (grafico 1). Sarà così possibile recuperare immediatamente tutta una serie di elementi conoscitivi che consentiranno:

a) di giungere rapidamente alla costruzione di elenchi di esposti al rischio abbastanza precisi e di indirizzare in maniera mirata ed incisiva gli interventi volti alla diagnosi ed al recupero dei danni prodotti dalle varie situazioni lavorative;

b) di mettere a disposizione del territorio e socializzare in tempi ravvicinati informazioni che, rendendo più complete le mappe dei rischi, consentano interventi di prevenzione primaria.

Le attività di controllo saranno così dirette verso i soggetti esposti ai rischi evidenziati nelle mappe, previsti o non nella tabella delle malattie professionali, secondo le indicazioni che emergono dalle varie situazioni locali. Partendo inizialmente dalle situazioni più gravi e meglio evidenziate, si dovrà operare sino a coprire la totalità dei lavoratori, tenendo anche a far assumere progressivamente al servizio pubblico le competenze previste al D.P.R. 303.

Anche in questo settore operativo le competenze si articolano in un primo ed in un secondo livello.

Le attività del primo livello si possono così sintetizzare, tenendo conto che esse possono subire variazioni ed integrazioni da zona a zona:

- anamnesi, visita medica, compilazione della scheda individuale;
- prelievo di campioni biologici, per la esecuzione di analisi di laboratorio;
- esecuzioni di analisi strumentali di più semplice attuazione (spirometria, audiometria);
- elaborazione, controllo, raccolta dei questionari di gruppo; elaborazione dei risultati;
- compilazione dei libretti sanitari e di rischio; collaborazione alla compilazione dei registri; elaborazione dei risultati;
- socializzazione dei dati derivanti dalle precedenti mansioni, nonché delle attività di controllo ambientale e sulle persone;
- educazione sanitaria sui problemi della nocività, della prevenzione, ecc.;
- organizzazione di indagini epidemiologiche.

Le attività da riservare ad un livello di maggiore strumentazione (zonale) sono:

- visite specialistiche;
- esami di laboratorio;
- indagini allergodiagnostiche;
- indagini strumentali più approfondite su vari organi ed apparati (fonocardiografia, emodinamica cardiaca, pletismografia, emogasanalisi, diffusione alveolo-capillare, elettromiografia, ecc.);
- diagnostica radiologica;
- diagnostica immunologica ed ematologica.

L'attribuzione di questo complesso di competenze in astratto potrebbe anche essere agevolmente effettuata, ricadendo però in una logica pianificatoria basata sulla individuazione schematica di presidi e la loro realizzazione nel territorio, che tuttavia rimanda qualsiasi intervento appunto alla creazione delle strutture.

Nella logica che muove la nostra proposta di pianificazione e di organizzazione dei servizi, non sembra necessario attribuire funzioni secondo schemi validi per tutto il territorio regionale, individuando rigidamente la struttura cui compete una funzione specifica; ma piuttosto lasciare che zona per zona vengano individuati i presidi in grado di effettuare le attività necessarie alla richiesta avanzata dalla base e secondo le indicazioni delle mappe di rischio.

Stabilendo soltanto il governo, tramite la sezione per la tutela della salute dei lavoratori e l'unità di base cui competono funzioni di promozione, di coordinamento, di omogeneizzazione degli interventi, che possono essere effettuati da strutture ed istituzioni diverse.

A titolo orientativo le competenze di primo livello potranno essere svolte dai medici condotti e convenzionati, dai servizi medico-generici delle casse mutue aziendali, dal personale di centri ed ambulatori già esistenti per altre attività preventive.

Quelle di livello superiore, dagli ospedali, dai laboratori provinciali di igiene e profilassi, dai consorzi provinciali antitubercolari e loro dispensari, dai poliambulatori delle ex mutue, dai centri per la lotta contro le malattie sociali, ristrutturati e integrati nelle U.S.L.

Nella fase a regime le *attività di base* debbono essere di competenza degli operatori del distretto nel cui territorio le unità produttive sono collocate, debitamente potenziate in rapporto all'entità numerica della popolazione interessata.

Nelle grosse concentrazioni industriali, dove operano servizi aziendali autonomi (prescindendo in questa fase dal destino e dai rapporti definitivi con il servizio sanitario nazionale) gli interventi comunque dovranno avvenire in accordo e secondo i protocolli fissati dal servizio per la tutela della salute dei lavoratori della unità locale.

Tuttavia la documentazione (e ciò vale anche per le unità produttive dove operano lavoratori domiciliati in altro distretto) dovrà comunque essere trasmessa agli operatori del distretto nel quale i soggetti sottoposti a controllo abitano.

È evidente che in tali casi sul lavoratore operano due diverse équipes di base, una sul luogo di lavoro, ed una al domicilio; tuttavia l'ipotesi ottimale (che siano gli operatori del distretto residenziale ad effettuare i controlli mirati ai rischi lavorativi assieme a quelli ritenuti necessari in rapporto alle condizioni generali del soggetto ed ai rischi ambientali) non appare sempre immediatamente praticabile, per motivi legati al destino dei servizi aziendali, alla non completa possibilità di assorbimento di tutta la domanda da parte dei servizi di territorio, alla opportunità data dalla concentrazione di grandi masse e dal fatto che spesso rimane più comodo agli stessi lavoratori accedere direttamente a servizi presenti nel distretto dove lavorano, che a quelli del distretto di residenza.

La unitarietà e la globalità della salute tuttavia possono essere salvaguardate soltanto se su ogni soggetto interviene una sola équipe di base; e ciò può essere opportunamente fatto attraverso un adeguato sistema informativo che consenta di trasmettere al distretto in cui ciascun lavoratore risiede tutta la informazione relativa ai rischi connessi con la attività lavorativa dallo stesso svolta in altro distretto o addirittura in altra zona.

Le *attività di approfondimento* dovranno comunque essere predisposte ed effettuate nei servizi integrativi (o multizonali, se del caso) della zona in cui il lavoratore ha il proprio domicilio.

Per le analisi epidemiologiche, che potranno essere organizzate nella U.S.L. dove risiede la unità produttiva, il sistema informativo dovrà consentire il ritorno di dati al distretto di residenza.

D. *Le funzioni ispettive*

Le funzioni di ispezione, prescrizione e diffida già di competenza dell'Ispettorato del lavoro sono trasferite alla U.S.L. che le esercita tramite un corpo di funzionari individuati dalla Regione ed investiti dal prefetto delle funzioni di polizia giudiziaria.

In via preliminare si tratta di definire:

a) soggetti cui affidare le suddette funzioni;

b) i livelli ed i servizi cui vengono assegnati tali operatori.

Per il punto *a*) si può ipotizzare un elenco in cui siano compresi gli ufficiali sanitari di ruolo, medici igienisti, gli ispettori del lavoro trasferiti, ex medici provinciali, operatori delle sezioni periferiche di medicina e igiene del lavoro, funzionari dell'ENPI e ANCC. Il loro numero dovrebbe essere abbastanza contenuto e dipende dalle singole realtà e dalle entità degli insediamenti da controllare. In via approssimativa e di prima ipotesi si ritiene che mediamente sia necessario almeno un ispettore per unità locale.

Per quanto possibile la funzione ispettiva dovrebbe essere distinta da quella tipica degli operatori dei servizi, in quanto avente carattere eminentemente fiscale.

I soggetti incaricati di funzioni ispettive dovranno comunque operare in stretto coordinamento con i servizi per la tutela dell'ambiente e della salute dei lavoratori, ed avere rapporto diretto con l'ufficio di direzione della U.S.L., in quanto espletanti una funzione tipica di governo.

La loro collocazione non appare indispensabile in ciascuna Unità locale, ma soltanto in alcune delle 76, assegnando ad essi funzioni multizonali; un primo approssimativo progetto di distribuzione (da verificare al termine della prima fase di applicazione del progetto obiettivo) potrebbe essere il seguente:

Torino, per le zone 1-39;
Ivrea, 40, 41;
Biella, 47, 48;
Vercelli, 45, 46, 49, 50;
Comprensorio 8, 55, 56, 57;
Novara, 51, 52, 53, 54;
Casale, 76;
Pinerolo, 42, 43, 44;
Savigliano, 61, 62, 63;
Cuneo, 58, 59, 60, 66, 67;
Asti, 68, 69;
Alba, 64, 65;
Alessandria, 70, 71, 72, 73, 74, 75.

E. *Le funzioni integrative*

Per le funzioni integrative nel settore dell'igiene ambientale e del lavoro occorre fare riferimento all'allegato 3 del presente piano.

2.3. Competenze e professionalità

Le competenze necessarie all'espletamento del progetto ai vari livelli in cui si articolano gli interventi sono ricavabili dalle funzioni, per le quali si individuano, in via non definitiva, varie professionalità, riferite ad:

- attività ispettive;
- attività per la ricerca di fattori di rischio fisici e chimici;
- attività per lo studio dei processi tecnologici;
- attività per lo studio delle sostanze e prodotti usati nelle varie lavorazioni;
- attività per il controllo delle condizioni di salute;
- attività di ricerca epidemiologica e nel settore dell'informazione,

che sono imputabili a personale sanitario, chimici, fisici, ingegneri, informatici, statistici, epidemiologi.

Tali competenze:

a) sono o saranno presenti nelle U.S.L. provenendo da servizi comunali, servizi provinciali, consorzi provinciali antitubercolari e loro dispensari, ospedali, mutue, altri enti a carattere preventivo, ispettorato del lavoro, ENPI, ANCC, trasferiti tutti all'U.S.L.;

b) sono presenti negli istituti e cliniche universitarie e nell'INAIL.

Nella fase di prima attuazione del progetto sembra difficile recuperare tutte le nuove professionalità mancanti, in quanto non reperibili sul mercato o non immissibili nei ruoli organici; è necessario pertanto andare al massimo del recupero delle competenze esistenti, con una loro utilizzazione in ambiti territoriali zonali, sovrazonali, comprensoriali o regionali.

Per tutti questi operatori vanno comunque predisposti interventi di riqualificazione e di aggiornamento, da mettere in atto nelle fasi iniziali del progetto, ad integrazione di quanto stabilito nel progetto obiettivo sulla formazione professionale del personale socio-sanitario.

2.4. Modalità operative

In attesa dell'emanando testo unico d'igiene e sicurezza del lavoro, previsto dall'art. 24 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, la Regione Piemonte e le Unità sanitarie locali si uniformano, in materia di modalità operative, ai seguenti criteri:

per le rilevazioni dei dati ambientali:

- si parte dal giudizio espresso dai gruppi di lavorazione nelle schede riepilogative dei questionari di gruppo;
- i tecnici che devono effettuare le rilevazioni discutono prima con i gruppi interessati (attraverso i loro delegati o rappresentanti) per conoscere i criteri, i tempi e le modalità delle rilevazioni per le quali occorrono strumenti idonei;

per le registrazioni dei risultati delle rilevazioni:

- adozione del registro dei dati ambientali che consideri tutti i gruppi di fattori nocivi, che riporti i risultati delle rilevazioni e i giudizi espressi dai gruppi di lavorazione;
- adozione del libretto di rischio, che riporta a livello individuale i rischi cui il lavoratore è esposto per tutti i gruppi di fattori;
- adozione del registro dei dati biostatici e del libretto sanitario, che riportino a livello di gruppo e a livello individuale gli effetti delle nocività sui lavoratori;
- gli strumenti adottati siano semplici e gestibili da parte dei lavoratori.

Per le rilevazioni dei dati sull'ambiente esterno dovrebbe essere possibile seguire lo stesso modello, per pervenire al recupero degli interventi di tutte le istanze diverse da quelle di base, per una omogeneizzazione di criteri e di metodi e per avere un quadro unitario dell'ambiente di vita e di lavoro nel suo complesso; il che preliminarmente presuppone anche la standardizzazione dei metodi e delle tecniche di rilevamento.

2.5. Raccolta e distribuzione dei dati

Un servizio come quello prefigurato nel progetto, che si basa sulla preminenza del momento partecipativo e che fonda l'intervento di modifica dell'ambiente di lavoro sulla contrattazione, ha come presupposto fondamentale la costruzione di un sistema informativo che, partendo dalle esperienze di base, restituisca socializzandola tutta l'informazione raccolta, senza manipolazione alcuna.

Tale sistema informativo va articolato in una serie progressiva di approfondimenti che raggiungeranno la completezza al momento della istituzione delle Unità locali.

La prima fase è costituita dalla costruzione di una griglia di rischi, che partendo da quanto già messo in essere in varie situazioni locali, consentirà alla Regione un momento di omogeneizzazione e di coordinamento delle iniziative su tutto il territorio interessato.

La griglia regionale permetterà altresì l'avvio del censimento zonale delle attività produttive, delle fonti e dei fattori di rischio, sulla base della scheda di rilevazione già formulata dal comitato regionale per la tutela sanitaria nei luoghi di lavoro; a questo proposito è necessario che le sezioni di T.S.L. (Tutela salute lavoratori) possano accedere immediatamente ai dati confluiti presso le amministrazioni provinciali secondo quanto stabilito dalla legge 319.

Le sommarie mappe di rischio così costituite, assieme

ai risultati delle attività di indagine nell'ambiente e sulle persone, nonché a tutte le informazioni esistenti presso gli organismi già operanti, consentono la realizzazione di profili ambientali e di gruppo con i quali impostare gli interventi preventivi.

La raccolta e la gestione di tutta l'informazione ha luogo nei servizi di base presso i quali si realizza l'archivio di territorio.

Ai singoli ed ai gruppi omogenei la informazione viene restituita in forma immediata nei libretti individuali e sotto forma organizzata nei profili ambientali e di gruppo, ai fini della successiva elaborazione nei registri.

Le unità locali utilizzano l'informazione esistente alla periferia per le elaborazioni interessanti il territorio della zona, ai fini di una conoscenza più articolata e delle conseguenti iniziative da intraprendere, in forma continua o periodica sulla base delle indicazioni e sollecitazioni provenienti dal territorio e dalla Regione.

Quest'ultima utilizza l'informazione disponibile presso le U.S.L. e attraverso la elaborazione complessiva individua le linee di ulteriore approfondimento e definisce gli elementi necessari alla valutazione e alla modifica degli interventi (grafico 2).

2.6. Funzioni regionali

Al livello regionale non spettano compiti operativi ma di coordinamento, indirizzo e promozione, come anche funzioni organizzative per attività valide per tutto il territorio regionale, che non debbono necessariamente essere assolte da strutture regionali, ma che il governo regionale stabilisce nei modi e nei tempi ed affida per la esecuzione ad organismi e presidi esistenti nelle varie zone.

Funzioni operative, di interesse per tutto il territorio, saranno organizzate a livello regionale, relativamente alla formazione del personale ed a compiti di studio e di ricerca.

In base alla normativa vigente, a quanto è ribadito nella contrattazione nazionale e aziendale circa l'informazione su processi e sostanze impiegate negli ambienti di lavoro e di vita, in relazione alla quantità delle materie impiegate e ammesse annualmente nelle lavorazioni che di fatto sfuggono attualmente a qualsiasi forma di controllo preventivo, è fondamentale che parallelamente agli interventi sull'ambiente e ai controlli sulle persone si proceda:

a) ad un controllo sistematico e ad uno studio dei tossici usati nelle varie situazioni lavorative;

b) alla raccolta di tutte le informazioni inerenti gli stessi, sia di natura bibliografica che analitica, diretta o indiretta;

c) alla impostazione di programmi di ricerca e di intervento mirato sia di natura epidemiologica che clinica;

d) alla messa a disposizione dei servizi di base di tutte le informazioni necessarie agli interventi di controllo ambientale e sulle persone ai fini della riduzione e progressiva eliminazione del rischio e quindi del danno.

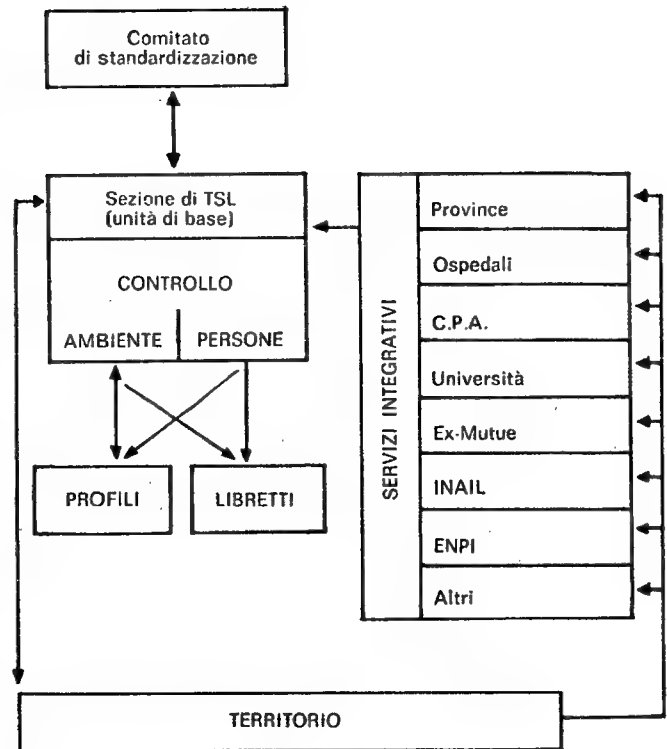
La concretizzazione di un programma di questo tipo dovrà privilegiare servizi esistenti già competenti in materia attraverso un loro potenziamento e coordinamento e utilizzare attraverso apposite convenzioni esperienze pubbliche già operanti al di fuori dell'ambito regionale.

Per quanto concerne la formazione, senza aggiungere niente a quanto formulato nel progetto apposito, sembra necessario indicare gli interventi da realizzare immediatamente, come prima tappa dei piani di formazione.

Per il personale operante nelle zone si propongono:

– attività formative per responsabili del servizio o delle unità di base, da organizzare zona per zona, o per comprensorio; si tratta di corsi di aggiornamento e riqualificazione, della durata di uno-due mesi, da realizzare direttamente dal dipartimento in collaborazione con le organizzazioni sindacali;

– attività formative per tecnici di livello intermedio; che svolgeranno funzioni direttamente operative nelle varie unità di base; la loro durata minima dovrà essere di 4-6 mesi, con un optimum di 10-12. Esse potranno essere affidate alla università e svolgersi – articolandosi alternativamente in periodi di teoria e di pratica – nelle strutture del territorio in cui i tecnici saranno chiamati ad operare.

Grafico 2. Informazione gestita a livello di unità locale

Per tali funzioni sarà compito quindi della Regione creare un dispositivo tecnico-organizzativo di reperimento delle risorse disponibili, di coordinamento e convenzionamento, all'interno del dipartimento e fra tutti gli Assessori competenti, costituendo un gruppo di lavoro di propri funzionari (*unità di coordinamento*), con responsabilità e competenze specifiche, in grado di:

– garantire il coordinamento e la ricerca a livello delle singole zone attraverso un'attività non centralizzata, ma di sostegno diretto alle U.B. che hanno già avviato questo lavoro di ricerca;

– promuovere salvaguardando l'autonomia di gestione dell'ente locale, le iniziative necessarie all'avvio dei programmi;

– individuare le risorse in termini di strutture e servizi e disponibilità finanziarie per i vari livelli di gestione;

– approntare un bilancio regionale per progetto che si accordi con le esigenze di costruzione di bilanci pluriennali consolidati di comprensorio, come previsto dal piano di sviluppo 1976-1980;

– investire i comitati regionali interessati, rispetto alle funzioni e competenze, coordinarne le attività ai fini di scelte ed indirizzi politicamente omogenei;

– favorire le imposizioni di un sistema di raccolta dati, per il settore specifico.

A fianco di questo gruppo di lavoro si rende indispensabile la creazione di un *comitato per la standardizzazione*, per la necessità di mettere a punto e fornire indicazioni univoche ai servizi interessati per tutto quanto attiene in particolare a metodi e protocolli di indagine.

Questi organismi di livello regionale dovranno essere

opportunamente collegati con il Consiglio regionale di sanità.

In ossequio al principio di non creare nuove strutture e di recuperare esperienze e capacità espresse dalla realtà del territorio regionale, non sembra opportuno mettere in piedi un istituto autarchico, ma un organismo duttile all'interno del dipartimento sicurezza sociale, di coordinamento e di raccolta, che organizza ed utilizza le ricerche svolte da più centri; una sorta di organismo collettivo, cui fanno capo enti e strutture diversi operanti nel settore in questione, dove si realizzi un lavoro interdisciplinare ed il rapporto diretto con il governo regionale. Esso potrà costituire un comitato in seno al Consiglio regionale di sanità.

3. LA VALUTAZIONE

Nell'allegato 10 « Valutazione e verifica del piano » è ampiamente trattata la metodologia da adottare per la valutazione dei servizi e dei presidi; di conseguenza in questa sede ci limiteremo ad indicare gli strumenti per valutare i soli effetti del progetto, in termini di efficacia, cioè di effettiva tutela della salute dei lavoratori.

È opportuno che fino dall'inizio delle attività relative al progetto siano già chiari gli strumenti di valutazione, in modo che le singole prestazioni vengano modulate a tal fine.

Possiamo distinguere tali strumenti in due tipi: a lungo termine, a termine medio-breve.

I primi sono costituiti dai dati di statistica sanitaria (morbosità, mortalità) e risultano generalmente probanti in modo inequivocabile – ove sussistano condizioni omogenee e corrette di raccolta e gestione dei dati – ma la informazione che essi forniscono è molto tardiva, talora anzi del tutto inutilizzabile ai fini della misurazione degli effetti delle azioni intraprese.

Essi, assieme a tutte le altre informazioni di cui si è già detto, sono utili al momento di partenza, per individuare meglio obiettivi e strumenti di intervento.

Di gran lunga più utili risultano gli indicatori di breve e medio periodo, che in questo settore – a differenza di altri – sono abbastanza facilmente individuabili ed offrono informazioni molto utili, anche se in alcuni casi presuntive.

Essi sono rappresentati da: infortuni, morbilità, tassi di assenteismo, come indicatori di disagio soggettivo legato prevalentemente – ma non soltanto – all'ambiente ed alle condizioni lavorative nel complesso; fattori di rischio, come indicatori di danno potenziale; piattaforme rivendicative, richieste di intervento, grado di partecipazione dei lavoratori alla effettuazione degli interventi (elaborazione e compilazione questionari di gruppo, partecipazione alle assemblee, partecipazione alla elaborazione delle piattaforme), come indicatori di effetto delle attività di educazione sanitaria e di promozione della partecipazione.

4. LE RISORSE

La copertura delle spese va ricercata:

a) nelle risorse finalizzate e vincolate previste dal piano sanitario nazionale;

b) nell'ambito delle risorse già destinate ai servizi sanitari, prevedendo le necessarie riallocazioni funzionali.

Non c'è dubbio infatti che tutti i progetti-obiettivo in generale, ma questo in particolare, richiedono in via preliminare finanziamenti consistenti, data la scarsa attenzione che sino ad ora questo settore ha ricevuto e la carenza cronica di mezzi e personale denunciato dalle strutture ufficiali (Ispettorati del lavoro, ENPI), ivi impegnate.

D'altro canto è necessario utilizzare al massimo della potenzialità, attraverso una adeguata riconversione, strutture, dotazioni strumentali, personale comunque disponibili recuperando tutto quanto già impiegato nel settore dai vari enti ed organismi.

Per le spese in conto capitale i finanziamenti saranno necessari per il potenziamento delle strutture dei laboratori di sanità pubblica e per dotare tutte le zone delle attrezzature necessarie all'espletamento delle attività di base per il controllo ambientale.

Le spese di funzionamento non sono prevedibili in questa fase, ma una base di calcolo può essere opportunamente rappresentata dalle attività svolte – a livello regionale, provinciale, comunale, nonché dagli enti statali e parastatali – nell'anno 1978.

Tale spesa dovrebbe essere considerevolmente incrementata – 20-25 % – per consentire l'avvio di nuove attività ed il consolidamento di quelle in corso.

La spesa di funzionamento dovrebbe ridursi nella II e III parte del piano triennale, per il recupero e l'utilizzo di strutture e personale non ancora disponibili.

Per la formazione le spese dovrebbero trovare spazio sufficiente all'interno del bilancio dell'apposito settore.

5. SCHEDE DI INTERVENTO PER I PRIMI OBIETTIVI

Senza voler trasformare il progetto obiettivo in un momento tecnico e di soli contenuti senza voler prevaricare la autonomia dei presidi che opereranno ai vari livelli nelle unità locali, sembra opportuno esplicitare alcuni schemi di intervento relativi a quelli che abbiamo definito *primi obiettivi specifici*, riproponendo anche quanto già predisposto da enti ed organismi della Regione e recuperando il frutto di elaborazioni prodotte da operatori di istituzioni varie (enti locali, università, istituti di ricerca, ecc.), patrimonio conoscitivo da non disperdere ma anzi da socializzare e mettere a disposizione di tutti.

5.1. Agricoltura

Il Piemonte, relativamente ai problemi del lavoro, è in genere considerato come una regione a sviluppo prevalentemente industriale e le attività per la tutela della salute realizzate sinora sono tutte praticamente affluite a questo settore produttivo.

Accanto a questa realtà, incontrovertibile e molto consistente peraltro, ne esiste un'altra, sottostimata se non ignorata del tutto, che esige invece un'attenzione particolare, tanto per il numero degli addetti quanto, soprattutto, per l'elevato livello di pericolosità.

Si tratta del complesso delle attività agricole che riguardano interi comprensori e delle quali sono segnalate soltanto alcune punte di un iceberg che è ancora per la maggior parte tutto da scoprire e che riserva indubbiamente sorprese non certo gradevoli.

Per tale ragione si ritiene opportuno, nel progetto obiettivo per la tutela della salute dei lavoratori, dare un rilievo ed una sottolineatura particolari ai problemi della agricoltura, richiamando l'attenzione delle unità sanitarie locali sulla necessità di considerare questo come un settore prioritario di intervento e di dare avvio almeno ad una iniziativa per la tutela degli addetti nell'agricoltura in ciascuna unità sanitaria locale, in quei comprensori già indicati nei capitoli precedenti.

Le informazioni relative a questo settore della produzione sono del tutto insufficienti per individuare direttrici certe di intervento, per cui il primo grande impegno dei servizi delle U.S.L. dovrà essere quello di mettere in evidenza tutti gli aspetti del problema e delimitarne in modo netto i contorni. Le linee di intervento possono essere indirizzate almeno verso tre direzioni:

a) rischi legati alla chimizzazione dell'agricoltura, in particolare per l'abbondantissimo uso di sostanze anticrittogamiche, pesticidi, erbicidi e simili, propri delle coltivazioni viticole, frutticole ed erbacee;

b) rischi legati alla meccanizzazione, soprattutto nelle situazioni medio-collinari;

c) rischi di natura biologica, legati tanto alla agricoltura che alla zootecnica, nelle sue varie espressioni.

Presso i consorzi agrari, i laboratori provinciali di igiene e profilassi, gli ex uffici dei veterinari provinciali, il servizio veterinario della Regione, alcuni istituti universitari di varie facoltà possono essere raccolte informazioni relative ai vari problemi sopra evidenziati: si tratta di dati settoriali, non omogenei, ma che già possono fornire alle unità sanitarie locali primi elementi indicativi sui tipi e quantità delle sostanze usate, se alcuni fattori patogeni presenti, su alcune patologie già evidenziate e che costituiscono primi indicatori di situazione.

Notizie utili e informazioni sono in possesso delle organizzazioni e associazioni categoriali dei braccianti e dei coltivatori diretti.

Vale la pena di sottolineare la diversità dell'approccio al problema in questo settore, rispetto ai settori tradizionalmente avvicinati dai servizi sanitari per interventi di tutela della salute.

Il modello di intervento (conoscenza, oggettiva e soggettiva; socializzazione dei risultati e della conoscenza; modifica delle condizioni ambientali e della organizzazione del lavoro) rimane sostanzialmente lo stesso, ma mutano notevolmente alcune componenti strutturali, che vogliamo ricordare brevemente.

Il gruppo omogeneo, strumento di indagine e rilevazione delle condizioni lavorative e di danno, ha connotazioni profondamente diverse da quelle della fabbrica: esso infatti è costituito, oltre che dalla schiera dei lavoratori addetti, dalla intera famiglia o dalla comunità (in tutto o in parte) agricola che vive e lavora su un determinato territorio.

Gli animali, domestici o selvaggi, di cortile o di stalla, costituiscono un terreno di osservazione di grandissimo interesse per evidenziare alcuni fattori di rischio o i loro danni. (Sono esemplari, a tal proposito, le osservazioni epidemiologiche degli agricoltori della Val di Non sulle manifestazioni patologiche di bovini alimentati con erbe sottostanti alberi da frutta irrorati con antiparassitari, confrontati con bovini alimentati con le stesse erbe non irrorate).

Il campo di osservazione non può essere limitato alla sola attività lavorativa, né ai soli addetti, bensì globalmente esteso a tutta la condizione di vita e a tutti gli abitanti nelle zone considerate, anche se non direttamente coinvolti nelle attività agricole. Ciò vale prevalentemente per alcuni dei rischi considerati, ma non in assoluto, in quanto la separazione tra le attività lavorative in senso stretto e le condizioni di vita è molto incerta e comunque non così netta come nelle lavorazioni industriali.

La mansione, fra gli addetti in agricoltura, è un dato incerto e aleatorio, soprattutto qualora da essa si vogliano inferire i rischi; è noto come in questo settore in pratica vengano svolte tutte le possibili mansioni, in rapporto ai fabbisogni giornalieri, mensili e stagionali. Ne consegue che uno stesso soggetto può essere sottoposto ai rischi connessi con l'allevamento, a quelli legati alla distribuzione di sostanze chimiche per fini diversi, così come agli infortuni derivanti dall'uso di mezzi meccanici diversi, sia per operazioni connesse al lavoro dei campi come per operazioni di manutenzione, di falegnameria, di piccola meccanica.

Da tutto quanto premesso, risulta abbastanza chiaramente come il modello richieda una particolare attenzione nel suo trasferimento dalla fabbrica alla campagna e che gli operatori sono chiamati ad uno sforzo operativo ben diverso, e certo difficile, legato ad un approfondimento conoscitivo ancora più spinto e ad un contatto con la realtà del territorio ben più continuativo.

Qui come nella fabbrica, ed in modo ancora più preciso se possibile, è la condizione agricola nel suo complesso che deve essere considerata – come in quella, la condizione operaia – all'interno della quale saranno esaminate tutte le articolazioni: da quella abitativa a quella lavorativa, da quella socio-economica a quella culturale, a quella del lavoro della donna, dei bambini e degli anziani, ai servizi ed alla infrastruttura.

Né possiamo trascurare altre profonde diversità, di natura socio-politica tra la condizione operaia e quella agricola, per significare ancora elementi di difficoltà per operatori la cui formazione si è fatta su di una elaborazione culturale o su esperienza legata pressoché esclusivamente alla fabbrica, quando non soltanto alla grande industria.

Riteniamo in primo luogo che l'accettazione dei programmi incontrerà notevoli resistenze e che queste si faranno ancora più forti nel passaggio alle azioni di modifica; è necessario mettere in guardia le unità sanitarie locali contro la eventualità della impostazione di programmi basati esclusivamente su accertamenti sanitari, che saranno grandemente richiesti dalle popolazioni agricole, anche in considerazione della insufficiente assistenza sanitaria che sino ad oggi hanno ricevuto.

Qui, più che altrove, riteniamo che gli interventi debbano essere guidati soprattutto da azioni di educazione sanitaria, che i servizi abbiano soprattutto un approccio promozionale tra le popolazioni, sia per consentire un opportuno svolgimento degli interventi, sia soprattutto per realizzare la prevenzione.

Indicazioni programmatiche

Una ipotesi di lavoro, generica e puramente indicativa, potrebbe essere la seguente:

– censimento delle situazioni produttive, acquisizione di tutti i dati disponibili nelle varie fonti, censimento degli addetti e degli esposti;

– delimitazione delle aree (e degli esposti aggiuntivi) nelle quali possono ancora agire i fattori di rischio (in particolare quelli chimici);

– scelta di uno o più settori di intervento;

– indagine mediante questionario, da realizzare con i gruppi scelti, o piuttosto indagine campionaria interessante tutte le diverse situazioni presenti nella zona, per evidenziare i rischi, i danni denunciati, le caratteristiche delle diverse situazioni, ecc. (1);

– azione di socializzazione dei risultati del questionario e di educazione sanitaria;

– messa a punto di un programma operativo per eventuali indagini ambientali e sulle persone esposte ai vari rischi.

Aspetti operativi

Le indicazioni operative sono quelle già contenute nel progetto, ma riteniamo sottolineare tuttavia alcune particolari necessità. Presso l'assessorato regionale alla sanità si ritiene opportuna la costituzione di un gruppo di lavoro apposito per i problemi della tutela della salute dei lavoratori agricoli, nel quale siano coinvolti anche l'assessorato all'agricoltura e quello all'ambiente, che possa avvalersi di esperti di discipline veterinarie, agrarie, chimiche, ingegneristiche, oltre di quelle mediche.

A livello di unità sanitaria locale sarà il personale delle preesistenti unità di base e quello dei comuni, messo a disposizione per la creazione del servizio per la tutela della salute dei lavoratori, che svolgerà in questa prima fase praticamente tutto il lavoro; non sembrerà inopportuna la eventuale costituzione di gruppo apposito che segua il settore agricolo, che coinvolga anche operatori sociali.

Di primario interesse in questa fase, come peraltro in

---

(1) Esempi di questionari e di interventi in agricoltura sono presenti in qualche parte del paese, promossi in particolare, anche in Piemonte, da alcune organizzazioni di categoria o associazioni, come la Lega dei braccianti, le Acli, la Coldiretti.

tutti gli altri settori, risulterà il coinvolgimento diretto delle associazioni di categoria e dei sindacati, strumento insostituibile per giungere a contatto con i lavoratori agricoli.

I controlli ambientali saranno richiesti ai presidi multizonali; ricordiamo che per le analisi dei pesticidi e simili i laboratori provinciali sono già tutti attrezzati.

Per i controlli sulle persone saranno utilizzati tanto gli operatori dei distretti che i servizi integrativi.

5.2. Amianto

La Provincia di Torino, i Comuni di Torino, Ciriè, Grugliasco, la Regione Piemonte hanno già da tempo messo in essere iniziative di vario genere per la protezione dei lavoratori esposti al rischio asbesto, coinvolgendo in esse istituti universitari, il politecnico di Torino e le proprie strutture operative.

Tali iniziative, stante il quadro istituzionale precedente la legge 833, si sono mosse in maniera scoordinata e frammentaria, talora con sovrapposizioni ed accavallamenti generando discrasie e conflitti di competenze.

È necessario recuperare in questa sede e riassumere complessivamente le varie azioni intraprese, dando un quadro organizzativo ed operativo unitario, mettendo a disposizione di tutte le zone interessate esperienze e strutture. A tal fine si ripropone un complessivo progetto regionale amianto, costruito a partire dalle ipotesi già elaborate soprattutto a livello di Comune e Provincia di Torino.

Un sistema completo di controllo e di prevenzione dei rischi da amianto va riferito:

1) alla produzione, al consumo ed all'inquinamento;

2) alla diffusione dei danni presso gli operatori del settore, i loro nuclei familiari e le popolazioni soggette ad inquinamento;

3) al controllo delle condizioni di igiene ambientale dei luoghi di produzione e lavorazione dell'asbesto, dei territori circostanti i singoli luoghi di produzione, lavorazione e scarico dei residui;

4) alla ricerca delle metodologie e degli impianti atti ad impedire l'assorbimento di polveri di asbesto da parte dei lavoratori e della popolazione.

Il programma

Le prime attività del programma regionale « asbesto » potranno essere le seguenti:

1) censimento dei luoghi di lavoro in cui esiste rischio di amianto, attraverso le varie fonti esistenti (unità di base o servizi di igiene ambientale delle unità sanitarie locali, Province, Inail, Enpi, patronati, Camera di Commercio, elenco regionale delle industrie insalubri, Ispettorati del lavoro, Centro asbestosi della Provincia, Associazioni industrie amiantifere (ANIA); tale censimento sarà ulteriormente aggiornato nel tempo;

2) individuazione delle aree situate in vicinanza delle fabbriche sottoposte a inquinamento da asbesto;

3) caratterizzazione della produzione: quantità, qualità, sistemi produttivi, cicli lavorativi;

4) acquisizione dei libri matricola, al fine di istituire il registro regionale degli esposti al rischio di asbesto;

5) predisposizione dei controlli ambientali e delle visite e accertamenti diagnostici periodici nei confronti degli operatori del settore e della popolazione esposta;

6) elaborazione di raccomandazioni relative a modifiche igieniche e di sicurezza delle procedure di lavoro e degli impianti. In particolare dovrà essere predisposta la eliminazione del cosiddetto « amianto blu » da qualsiasi uso;

7) predisposizione di interventi per il recupero e la riabilitazione, il reinserimento lavorativo dei minorati ed handicappati.

Aspetti operativi

Le funzioni operative nel territorio saranno svolte dalle strutture periferiche degli enti locali coordinate o già ristrutturate a livello di U.S.L., che svolgeranno tutto quanto è possibile con le loro attrezzature, e si avvarranno delle strutture e del personale dei servizi integrativi (ex mutue, ospedali, C.P.A., L.I.P., istituti universitari) che avranno funzioni di secondo livello, di supporto tecnico-strutturale, di coordinamento, di messa a punto di metodologie operative, nei confronti delle strutture del territorio, in ottemperanza alle indicazioni di piano ed ai compiti da essi riservati nel quadro complessivo della programmazione sanitaria regionale e zonale.

In particolare, in base alle convenzioni stipulate dal Comune e dalla Provincia di Torino con gli Istituti di medicina del lavoro e di Igiene dell'Università e con il Politecnico di Torino, saranno messe a disposizione tutte le informazioni relative alle metodologie operative riguardanti:

a) i procedimenti standard per il prelievo e la valutazione del contenuto in polveri;

b) la predisposizione di adeguati controlli di qualità per le misure di polverosità ambientale;

c) i protocolli per gli accertamenti sanitari, anche sulla base di quanto già prodotto dai gruppi di lavoro costituiti con le convenzioni già operanti e dalle esperienze finora maturate nel corso delle indagini effettuate dal Comune e dalla Provincia di Torino per i lavoratori sottoposti a rischio di amianto, nelle zone di Ciriè, Grugliasco e Torino.

Per lo stato delle esperienze già avviate nel settore, con il progetto amianto e con altri primi progetti, potrebbe essere utilmente avviata una sperimentazione dell'Osservatorio epidemiologico regionale.

La elaborazione dei dati inviati dalle strutture operative avverrà a cura della Regione che si avvarrà delle strutture del consorzio regionale di calcolo e di altre istituzioni che si rendessero necessarie e curerà la trasmissione dei dati alle U.S.L. o Comuni competenti per territorio.

Al fine di completare l'indagine epidemiologica si provvederà alla:

a) acquisizione dei libri matricola e paga;

b) ricerca dei soggetti non più al lavoro;

c) ricerca delle eventuali cause di morte;

d) tenuta del registro degli ex-esposti;

e) ricerca del destino degli ex-esposti;

f) ricerca sugli ultimi dieci anni di accertamenti ambientali e sanitari sugli esposti e loro familiari e sugli abitanti nei territori circostanti le unità produttive.

Il coordinamento operativo dovrà garantire:

a) che i tecnici dei servizi delle unità locali territorialmente competenti vengano responsabilmente coinvolti, con opportune modalità da definirsi, alla formulazione dei programmi regionali di rilevamento epidemiologico e di nocività ambientale, fermo restando che gli interventi locali vengano imposti e gestiti dai Comuni interessati in accordo con le OO.SS.;

b) che i servizi delle unità locali territorialmente competenti ritornino i dati informativi elaborati in modo che possano essere adeguatamente archiviati e messi a disposizione degli enti locali e dei consigli di fabbrica interessati.

I dati risultanti dalle indagini sulle persone saranno trasmessi alle organizzazioni sindacali ed ai loro patronati, onde pervenire di comune accordo a tutte le iniziative che si renderanno necessarie per la tutela del lavoratore menomato e per il risarcimento e l'indennizzo del danno.

Nel quadro degli interventi volti alla tutela dell'ambiente e nello specifico progetto per lo smaltimento dei rifiuti solidi sarà predisposta la raccolta e lo smaltimento delle scorte amiantifere.

5.3. Cancerogeni

Il problema della difesa contro le sostanze capaci di determinare tumori maligni nell'uomo è stato sin qui riferito soprattutto alle amine aromatiche, in riferimento ad alcune situazioni di particolare gravità.

In realtà, pur restando nell'ottica di un intervento volto nei confronti di una serie infinita di rischi, è necessario estendere il discorso agli altri cancerogeni chimici, nonché alle emittenti di cancerogeni fisici (radiazioni ionizzanti, U.V.).

L'istituto di anatomia patologica dell'Università di Torino, sulla base di una convenzione con il capoluogo regionale, ha già elaborato un elenco di sostanze aventi effetti cancerogeni sull'uomo, indicando per ciascuna di esse i sinonimi chimici, i nomi commerciali e di comodo, nonché individuando i settori industriali in cui può entrare come materia prima, intermedio o prodotto finale, o può formarsi come prodotto collaterale.

I rischi cancerogeni si differenziano sostanzialmente dagli altri fattori di rischio per almeno due caratteristiche fondamentali: la inesistenza (in pratica) di un valore di soglia e la modesta rilevanza delle visite periodiche, valide soltanto per un numero limitato di localizzazioni tumorali. Questi elementi deviano fortemente l'ottica degli interventi, che debbono essere fondamentalmente volti al riconoscimento ed alla eliminazione del rischio; tolgono valore pratico al MAC, o almeno ne riducono il significato che ha nei confronti degli altri fattori nocivi. Nel senso che rendono indispensabile una linea tendenzialmente rivolta ad un MAC zero, o comunque a livelli ambientali più bassi possibile da correlare in termini probabilistici alle esposizioni (valutate tutte assieme, indipendentemente dal tipo di cancerogeno).

Il programma

La fase preliminare del programma (previsto peraltro nella convenzione suddetta come ulteriore approfondimento da parte dell'istituto interessato, per l'area torinese) potrebbe essere quella di riferire le 75 sostanze elencate alla situazione delle singole zone e di verificarne la presenza o meno nei vari settori produttivi, nonché la loro eventuale estensione ai cittadini non coinvolti nel processo produttivo.

Per ciò che concerne l'ambiente, si propone il seguente schema operativo:

1) controllo delle situazioni produttive già conosciute, sulla base delle mappe provvisorie;

2) completamento delle mappe, censimento delle situazioni produttive ed identificazione di quelle con presenza di rischio.

Per le persone:

1) elaborazione degli elenchi degli esposti;

2) esecuzione di controlli mirati, per sostanze presenti e sedi più probabili, secondo protocolli unitari che dovranno essere definiti in sede regionale (alcuni sono già predisposti, ad es. per le amine aromatiche, per il CVM);

3) indagine epidemiologica, sui casi pregressi, in rapporto ai lavoratori presenti e dimessi. Sarà compito della Regione elaborare anche per questa parte dell'intervento il modello operativo, i moduli, i protocolli, nonché il sistema di raccolta ed elaborazione dei dati. Sarà indispensabile l'accesso al registro tumori.

Per tutti gli aspetti comuni si fa riferimento alla precedente scheda per l'amianto.

Aspetti organizzativi

È compito dei servizi di base eseguire tutta quella parte del programma che riguarda il censimento delle situazioni produttive in cui si verificano rischi cancerogeni, la costruzione delle mappe, l'impostazione del lavoro, la elaborazione degli elenchi degli esposti, la esecuzione di quei controlli (ambientali e sulle persone), eseguibili al primo livello.

Nella fase attuale saranno le unità di base già costituite ad operare nelle zone all'interno delle quali si trovano i Comuni di dipendenza; nelle altre sarà compito dei costituendi servizi di tutela della salute dei lavoratori.

I controlli ambientali, in attesa della ristrutturazione dei laboratori di sanità pubblica saranno effettuati dagli attuali laboratori provinciali di igiene e profilassi (sezioni chimiche) che saranno dalla Regione messi a disposizione delle zone, come anche da istituti universitari.

I controlli sulle persone (di natura strumentale, chimico-clinica, citologica) dovranno essere garantiti dagli ospedali, da istituti universitari, messi a disposizione della Regione con appositi strumenti contrattuali, oltre a quelli già in vigore.

Allegato n. 14 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

TUTELA SANITARIA E SOCIO-ASSISTENZIALE DELLE PERSONE ANZIANE

1. PREMESSA

1.1. La condizione degli anziani

Il progressivo aumento della popolazione anziana nelle società contemporanee costituisce una delle caratteristiche più rilevanti della nostra epoca ed uno dei più importanti problemi collettivi.

Al considerevole aumento della vita media della popolazione non ha infatti corrisposto in generale un proporzionale miglioramento della qualità della vita ed anzi larghe fasce di popolazione anziana si trovano in condizioni di povertà, di emarginazione e di isolamento.

Parallelamente e conseguentemente al cosiddetto invecchiamento della popolazione emerge pertanto e si aggrava nella nostra Società una « questione degli anziani » quale problema sociale al quale si rende indispensabile e urgente fornire risposte complessive e articolate.

Un progetto di intervento globale nei confronti della popolazione anziana non può essere affrontato soltanto in termini assistenziali o di servizi sociali, ma deve investire l'intera organizzazione sociale e civile e l'insieme dei valori che la informano incidendo sia nel suo aspetto strutturale che nei componenti collettivi ed individuali.

1.2. La popolazione « anziana »

Situazione demografica.

Le modificazioni demografiche nel nostro Paese hanno portato un aumento notevole del numero di anziani per l'effetto combinato della diminuzione della mortalità infantile e giovanile e soprattutto dalla diminuzione della natalità: all'aumento del numero degli anziani fa riscontro in termini assoluti e relativi, una diminuzione degli adulti. In Italia la classe di età 15-64 anni è passata dal 66% della popolazione totale nel 1960, al 63,8% nel 1974, gli ultrasessantacinquenni sono passati nello stesso periodo di tempo dal 9,5% al 12%, il gruppo di età 0-14 anni ha subito una lieve flessione dal 24,5% nel 1960 al 24,2% nel 1974.

Nello stesso periodo di tempo « gli attivi » sono scesi dal 42,8% al 34,8%.

La situazione si ritrova pressoché analoga in Piemonte: infatti nella classe di età adulta (14-59) si è passati dal 65,1% della popolazione regionale del 1961 al 61,2% del 1974, gli anziani ultrasessantenni sono passati dal 18,3% al 19,8% mentre, come risulta dal censimento del 1971, gli ultrasessantacinquenni sono il 13,4% di tutta la popolazione.

Tali modificazioni dell'equilibrio dei vari gruppi di età determinano modificazioni nei bisogni della popolazione in genere, per quanto riguarda quella anziana in particolare, non sono omogenei nelle diverse classi di età considerando, ad esempio, che l'ultrasessantacinquenne è più esposto ai processi involutivi e richiede maggior intervento assistenziale.

Dato costante, inoltre, a livello nazionale e piemontese è la maggior percentuale di popolazione anziana nei piccoli Comuni montani e ad economia agricola e nei quartieri centrali delle Città capoluogo, andando dal 9.75-9,48% di anziani dell'U.S.L. 33 (Nichelino) al 29.64-29,83% nell'U.S.L. 74 (Ovada).

Tabella della popolazione regionale (censimento 1971)

Popolazione totale della Regione Piemonte 4.568.973

Popolazione di età senile
883.044 pari al 194 x 1000 sulla popolazione totale

1) anni 60-64
255.365 pari al 60 x 1000 sulla popolazione totale
pari al 308 x 1000 sulla popolazione senile

2) anni 65-74
406.316 pari al 87 x 1000 sulla popolazione totale
pari al 449 x 1000 sulla popolazione senile

3) anni 75 e oltre
222.222 pari al 47 x 1000 sulla popolazione totale
pari al 243 x 1000 sulla popolazione senile

1.3. Condizione economica

Costante generale inerente la popolazione anziana è una situazione di basso reddito – prevalentemente pensionistico – che non garantisce livelli di vita decorosi.

Dati regionali relativi alle pensioni I.N.P.S. e minime all'1-1-1976

categorie	pensioni minime per categoria: invalidità	vecchiaia	anzianità	reversibilità	totale titolari pensioni minime	totale pensioni erogate minima e altre	valore % delle pens. minime sul tot. pens. erogate
Lavoratori dipendenti	153.994	180.526	1.442	132.718	468.680	778.306	60,22%
Artigiani	17.028	9.655	–	6.553	33.236	34.489	96,66%
Commercianti	14.413	18.253	–	3.925	36.591	37.150	98,50%
Coltivatori diretti, coloni, mezzadri	149.082	84.588	–	4.979	238.649	239.561	99,62%
Totali per categoria	334.517	293.022	1.442	148.175	777.156	1.089.506	

Nel dicembre dello stesso anno l'11% dei pensionati aveva trattamenti previdenziali inferiori al minimo (prevalentemente pensioni sociali).

1.4. Condizione « abitativa »

Il godimento di un'abitazione decorosa è, per l'anziano come per qualsiasi altro cittadino, un bene primario e insostituibile il cui mancato o inadeguato soddisfacimento costituisce una causa non ultima di richiesta di istituzionalizzazione.

D'altra parte, se il problema dell'alloggio ha assunto livelli di eccezionale gravità per tutti i cittadini, esso si presenta in misura ancor maggiore per la popolazione anziana, spesso relegata, a causa degli inadeguati livelli di

reddito, in abitazioni insalubri e malsane prive degli elementari servizi igienici.

È infatti noto come la popolazione dei centri storici degradati, per i quali si sta affrontando la complessa problematica del risanamento e del recupero, sia in gran parte costituita da cittadini anziani.

Il bisogno della casa, o meglio di una casa adeguata, viene espresso generalmente da persone sole o viventi con il proprio coniuge.

L'età prevalente è da 65 a 75 anni anche se è altresì numerosa la presenza di grandi senili che vivono soli in appartamenti cadenti e senza nessun confort.

2. SITUAZIONE STORICA DELLA RISPOSTA AI BISOGNI EMERGENTI DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

2.1. Istituzionalizzazione

Al dilatarsi di questa fascia di popolazione si è cercato di dare risposta in una logica tradizionale, senza affrontare con sufficiente ampiezza i problemi economico-sociali nell'ambito di un diverso modello di sviluppo. Si sono cercate soluzioni all'interno del criterio di istituzionalizzazione, di per sé inadeguato e spesso emarginante, senza una programmazione, ma con interventi frammentari e parcellizzati nei diversi livelli privati e pubblici di decisione. La conseguenza è stata un costante incremento di posti letto negli istituti, nonché di posti letto ospedalieri impropri, in carenza di una soddisfacente rete di servizi alternativi [illegible], necessaria a corrispondere completamente alla richiesta spontanea di ricovero.

In Piemonte nel 1980 risultavano funzionanti 476 istituti con una disponibilità di 32.514 posti letto, pari a 7,1 posti letto ogni 1.000 abitanti.

Si calcola che oltre il 50% di questi istituti (250 per un totale di [illegible] posti letto) ospita esclusivamente persone autosufficienti, mentre solo il 30-32% del totale dei posti letto è occupato da persone anziane non autosufficienti.

La carenza di strutture e servizi socio-assistenziali finalizzati a mantenere l'anziano nel proprio contesto sociale ed abitativo facilitata da un concetto culturale di massa che interpreta erroneamente la senilità come malattia ha determinato, inoltre, una risposta ospedaliera a bisogni sociali secondo la logica della sanitarizzazione.

3. IL PROGETTO-OBIETTIVO DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE

[illegible] brevi premesse emerge con chiarezza come [illegible] condizione degli anziani in Piemonte [illegible] tra le azioni dei [illegible] a generale socio-economi[illegible] deve essere considerata come uno [illegible] una strategia che non può discrimi[illegible] dai bisogni assistenziali, cultura[illegible].

[illegible] un progetto obiettivo che, pur [illegible] generali di programma[illegible] ed acquisire le [illegible] influenti e condizio[illegible] il raggiungimento degli obiet[illegible] per questa fascia di popolazione. Il progetto obiettivo della proposta di piano sanitario nazionale – *tutela della salute delle persone anziane* – acquisisce questi concetti di fondo.

In particolare dopo aver espletato l'analisi quantitativa del fenomeno della ospedalizzazione di ultrasessantenni con conseguente spesa (1.200 miliardi) evidenzia:

a) che la causa del fenomeno è da ricercare principalmente nella carenza di altre strutture assistenziali e l'urgenza di un intervento finalizzato a dare una risposta adeguata in termini di:

– assistenza sociale ed economica;

– prevenzione con prestazioni domiciliari ed economiche;

– riabilitazione;

b) che i contenuti del progetto obiettivo possono essere realizzati attraverso uno spostamento di interventi e la mobilizzazione di risorse dal settore ospedaliero a quello di base e dal settore sanitario a quello sociale in modo contestuale.

4. INIZIATIVE REGIONALI ATTUATE

La Regione Piemonte ha avviato, sulla base di precise scelte politiche, iniziative rivolte alle persone anziane attuando la legge regionale 4 maggio 1976, n. 19 « Interventi per la promozione della assistenza domiciliare agli anziani, agli inabili ed ai minori, nonché per il funzionamento di centri di incontro » che ha portato ad un oggettivo incremento dei servizi enunciati.

Mentre nel 1974 c'erano solo una dozzina di consorzi interessati al servizio, attualmente questo è stato avviato in tutte le U.S.L. della Regione, anche se con modalità di gestione, estensione e costi diversi da una località all'altra.

Il Consiglio Regionale il 22-2-1979 ha assunto le linee programmatiche del « progetto anziani » per la Regione Piemonte basato su tre scelte prioritarie:

– interventi economici e sociali per gli autosufficienti;

– servizi e strutture socio-assistenziali per i non autosufficienti;

– riabilitazione negli ospedali,

e ha dato mandato alla Giunta di avviarne la sperimentazione. Le zone ritenute in grado di costituire modelli diversificati ed omogenei di attuazione sono state identificate nelle U.S.L. 70 (Alessandria), 43 (Val Pellice), 51 (Novara), 40 (Ivrea). Con la gradualità necessaria e compatibile alle risorse, in tutte le unità locali interessate è stata avviata l'attuazione della sperimentalità che attualmente è in continua evoluzione.

U.S.L.	*servizi riabil.*	*increm. domic.*	*corsi di formaz.*	*riconv. strutt.*	*progr. appr. case prot.*	*comun. allogg.*
70	x	x	x	x	x	
43		x		x		xx
51		x	x	x	x	
40		x		x	x	

5. OBIETTIVI GENERALI

Obiettivi di fondo permangono:

– scelte politico-programmatiche tese a recuperare l'attuale situazione di emarginazione di questa fascia creando i presupposti per un recupero e integrazione dell'anziano nella società collettiva dei giovani e degli adulti;

– reinserimento e mantenimento nel proprio contesto sociale premessa di benessere psico-fisico;

– superamento della perdita di ruolo per meccanismi oltre che di espulsione dal ciclo produttivo anche per processi di autoemarginazione che hanno il proprio [illegible] nel [illegible] e in un distorto bagaglio culturale generalizzato non suffragati da basi scientifiche e biologiche oggettive;

– creazione dei presupposti necessari tesi al soddisfacimento dei bisogni emergenti che superano il momento assistenziale e sanitario.

Occorre garantire i diritti dei cittadini anziani con particolare riferimento alle:

– libertà economiche;

– libertà di lavoro;
– ruolo sociale attivo.

Obiettivo di fondo, di conseguenza, diventa la preparazione dell'adulto alla nuova fase della vita che comincia con il dopo-lavoro innestando quelle azioni preventive tese ad evitare la « crisi del pensionamento » come elemento di patologia sociale. Scelta di fondo è il rifiutare un'impostazione progettuale prettamente assistenziale e sanitaria, basata sul fornire prestazioni di varia natura ad una fascia che per queste viene di fatto considerata « diversa, malata » e pertanto resa « emarginata » dagli stessi interventi che ci si propone.

1) Prevenzione

Nei confronti degli inconvenienti della vecchiaia, è basata su:
– tutti gli interventi che agendo sulle condizioni ambientali e di lavoro permettono di raggiungere l'età avanzata il meno « vecchi » possibile;
– preparare l'adulto ad essere « vecchio » e quindi la società a riceverlo.

2) Emarginazione

Per evitare l'emarginazione vanno soddisfatti i bisogni complessi dell'anziano:
– autosufficienza economica e sociale;
– conservazione di un ruolo attivo;
– parità nelle prestazioni dei servizi sanitari e sociali, mettendolo in condizioni di programmare la propria vita, per seguire attività complementari, coltivare interessi.

Questi sono gli obiettivi di fondo per:
– l'integrazione nel contesto sociale;
– il mantenimento dell'indipendenza.

Proposte

1) Interventi programmati in ogni U.S.L. in preparazione all'uso del tempo libero ed alla ricerca di interessi alternativi al lavoro.
Questa « attività di promozione » alla terza età investe prevalentemente l'aspetto educativo e culturale e di conseguenza i livelli di Governo preposti.

2) Organizzazione del tempo libero su criteri di disponibilità di strutture, accessibilità, tipologie che sollecitino e facilitino il coinvolgimento della popolazione anziana.

3) Attività lavorative, a tempo parziale, da svolgere con i giovani e gli adulti, che graduino lo stacco dal lavoro.

4) Recupero a funzioni socialmente utili; secondo le diverse realtà territoriali:
– assistenza all'infanzia;
– conservazione beni culturali;
– attività produttive, su basi cooperativistiche sulla:
a) tutela dell'ambiente e della città;
b) attività artigiane;
c) attività agricole ecc.

6. OBIETTIVI E STRUMENTI SPECIFICI

Le finalità da raggiungere, per dare risposta al bisogno espresso dalla popolazione in età senile, si possono dividere in due categorie:

1) sicurezza economica e sociale;

2) difesa della salute e benessere fisico e mentale.

Gli obiettivi e gli strumenti per il raggiungimento delle suddette finalità sono individuabili nel seguente modo:

1.1 – Sicurezza economico-sociale

1.1 – Obiettivo – Garantire gli standards medi di tenore di vita e dignità della persona;
Strumenti – Assistenza economica;

1.2 – Obiettivo – Garantire la partecipazione alla vita politico-sociale-culturale e ricreativa.
Strumenti – Partecipazione alle forme comunitarie di vita associativa e politica a livello del territorio.
Accessibilità alle normali strutture culturali e ricreative del territorio.

2 – Difesa della salute e benessere fisico e mentale

2.1 – Obiettivo – Mantenimento e reinserimento dell'anziano nella propria abitazione mediante una efficace rete di servizi socio-assistenziali e sanitari.
Strumenti-Miglioramento delle condizioni abitative-Servizio domiciliare; servizi sanitari di base; servizi sanitari integrativi di base con individuazione nei reparti di medicina generale del settore di attività per malattie invalidanti e utilizzazione dei reparti di geriatria esistenti, ai sensi dell'All. 1 e del successivo punto 6.3.3.

2.2 – Obiettivo-Qualificazione dell'assistenza tutelare a soggetti non in grado di vivere nella propria abitazione.
Strumenti: Servizi residenziali (Comunità alloggio; case protette).

6.1. Strumenti per la realizzazione dell'obiettivo 1.1.

6.1.1. *Assistenza economica*

Ribadendo come premessa essenziale che questo tipo di intervento oggi generalizzato dovrà essere riassorbito nell'ambito di un sistema previdenziale adeguato mantenendo solo i caratteri di straordinarietà per situazioni di emergenza, si sottolinea che:

l'intervento economico è diretto al singolo cittadino od al nucleo familiare che si trovino in condizioni economiche che non consentano il soddisfacimento dei bisogni fondamentali di vita oppure in stato di bisogno eccezionale, al fine di garantire l'autonomia del singolo nonché l'autonomia e la coesione del nucleo familiare.

L'intervento economico può essere di carattere continuativo, limitatamente comunque al permanere della situazione di bisogno, ovvero eccezionale e straordinario.

Gli interventi economici possono essere finalizzati anche all'acquisizione, da parte del beneficiario, di servizi e prestazioni, nel caso di carenza transitoria di servizi assistenziali oppure per fare fronte a stati di bisogno particolari e non diversamente risolvibili. Sono fatte salve evidentemente le competenze dello Stato e degli Enti Previdenziali.

Gli interventi economici di tipo continuativo devono tendere ad assicurare, nei limiti delle disponibilità finanziarie degli Enti Locali, al cittadino in stato di bisogno un livello di reddito che gli consenta, ove sussistano impedimenti di esclusivo carattere economico, di permanere nel proprio domicilio soddisfacendo i propri essenziali bisogni di vita e di relazione sociale.

A tal fine è opportuno che si determini localmente il livello di autonomia finanziaria dell'assistito prendendo in considerazione le voci che concorrono a formare l'arco di bisogni della persona o del nucleo familiare, e quindi:
– canone di locazione
– oneri per il riscaldamento
– acquisto generi alimentari
– acquisto generi di abbigliamento
– spese per la vita di relazione (tessere tranviarie, giornali, ecc.)
– spese relative all'igiene della persona ed alla gestione della casa
– etc...

Dal livello così determinato dovranno essere dedotti il reddito proprio dell'assistito, ove esistente (pensione o altri redditi), i contributi già concessi ad integrazione del canone di locazione (legge 392/78) ed i contributi concessi ai sensi di specifici provvedimenti regionali.

La quota rimanente rappresenta il fabbisogno economico dell'assistito. Obiettivo dell'intervento è quello di garantire la copertura di detto fabbisogno, nei limiti della disponibilità di bilancio, alla popolazione assistita privilegiando

comunque prioritariamente l'intervento a favore delle categorie socialmente più deboli od esposte: minori, handicappati, anziani.

L'esistenza di servizi, quali l'assistenza domiciliare, servizi di mensa e lavanderia, concorre sicuramente a far diminuire il fabbisogno economico proporzionalmente con le prestazioni assicurate.

6.2. Strumenti per la realizzazione dell'obiettivo 1.2.

La partecipazione alla vita politico-sociale-culturale costituisce un obiettivo di fondo da perseguire investendo tutte le decisioni e gli interventi da attuare sul territorio.

La riconosciuta esigenza di partecipazione alla vita sociale di persone anziane « emarginate » ha portato alla istituzione sul territorio di centri rivolti esclusivamente a questa fascia d'età sul presupposto che la comunanza di condizioni e bisogni sia in grado di far superare l'emarginazione e di favorire la partecipazione.

Le esperienze in questa direzione hanno dimostrato che l'emarginazione, apparentemente superata mediante attività comune e vicinanza fisica, in realtà può ripresentarsi rispetto alla collettività nel suo insieme, che percepisce i soggetti partecipanti al centro come persone in stato di bisogno con problemi propri che possono interessarla solo per stabilire principi di solidarietà.

Pertanto i centri sociali di servizi devono mirare al soddisfacimento delle esigenze di tutta la popolazione con la capacità di soddisfare interessi liberamente determinati anche da specifici gruppi sociali.

Occorre quindi che i centri anziani già costituiti siano veramente aperti a tutto l'ambiente sociale, favorendo la partecipazione di tutte le altre fasce di cittadini e, in definitiva, tendendo a trasformarsi in centri sociali per tutta la popolazione.

6.3. Strumenti per la realizzazione dell'obiettivo 2.1.

6.3.1. *Miglioramento delle condizioni abitative*

L'abitazione è un bisogno primario di tutti i cittadini e come tale dovrebbe essere un servizio garantito a tutti.

La mancanza di una abitazione propria o l'essere costretti a vivere in appartamenti cadenti e senza nessun confort è una condizione molto frequente fra le persone anziane ed è ampiamente riconosciuto che questa precarietà abitativa è una delle cause che induce molti di loro al ricovero in istituto.

Per una parte di questi si può pensare che attraverso modesti interventi (risistemazione alloggio, aiuto alla famiglia, assistenza domiciliare) sia possibile prolungare la loro permanenza nelle abitazioni dove risiedono. Molte volte può essere sufficiente la sistemazione del servizio igienico, la pulizia a fondo con eventuale tinteggiatura delle pareti, la sistemazione dell'impianto di riscaldamento, l'adozione di sistemi di sicurezza per gli impianti del gas, elettrici e di riscaldamento, l'installazione del telefono e di sistemi di allarme per « ancorare » l'anziano al proprio alloggio.

Questi ultimi interventi, cioè l'installazione del telefono e soprattutto di un efficiente sistema di allarme, sono particolarmente importanti per ridurre l'isolamento e la paura dell'anziano a vivere da solo, perché con questi mezzi sa di poter chiedere aiuto in qualsiasi momento ne senta la necessità.

In altri casi, quando cioè non è possibile intervenire sull'appartamento in uso, è necessario provvedere con la assegnazione di un alloggio idoneo, eventualmente con integrazione economica per il pagamento del canone, utilizzando anche la specifica normativa (L. 392 del 27-7-78 - Disciplina delle locazioni urbane. Fondo sociale per l'equo canone).

A tale scopo potranno essere ristrutturate eventuali proprietà immobiliari di Comuni, IPAB, IACP, o saranno costruite nuove abitazioni, mediante inclusione nei programmi di edilizia economico-popolare.

Nella predisposizione di questi appartamenti occorre prevederne il dimensionamento adeguato a garantire la possibilità di convivenza della persona anziana, anche non autosufficiente, con il proprio nucleo familiare.

Quantificazione del bisogno.

La quantità di nuovi alloggi necessari dovrà essere determinata dall'U.S.L., tenuto conto del peso demografico della popolazione in stato di bisogno e della reale consistenza del patrimonio edilizio, e considerata in via prioritaria ogni possibilità di interventi migliorativi nelle abitazioni già occupate.

6.3.2.

Il servizio domiciliare assume una particolare rilevanza nel fornire una adeguata risposta ai bisogni delle persone anziane.

Il servizio si propone di aiutare l'anziano, temporaneamente o permanentemente in condizione di difficoltà o di insufficienza fisica o mentale, a continuare a vivere nel proprio domicilio; a evitare la marginalità e l'esclusione, conservando ruoli sociali significativi e riassumendoli in caso di perdita; a ridurre i rischi di ospedalizzazione, istituzionalizzazione, malattia e bisogno anche attraverso la rilevazione di manifestazioni di ordine emotivo, sociale e fisico, che richiedano l'intervento dell'équipe di base.

Le attività domiciliari di assistenza sono sintetizzabili come segue:

1) aiuto per il governo della casa e lo svolgimento delle pratiche amministrative;
2) aiuto nell'attività della persona su se stessa;
3) stimolo alla vita socio-relazionale.

Al fine di rendere maggiormente efficace l'assistenza domiciliare è essenziale raccordarla con altri servizi, prestazioni e attività, mediante programmi organici finalizzati a rompere l'eventuale emarginazione sociale dell'anziano assistito.

6.3.3. *Strutture sanitarie sul territorio*

Una rete adeguata di servizi sanitari, capaci di assicurare una assistenza medica e infermieristica di base efficiente e capillarizzata e prestazioni specialistiche ambulatoriali decentrate, quanti-qualitativamente equilibrate, deve costituire la base per favorire la permanenza dell'anziano nel suo ambiente di vita e per fare da supporto alla organizzazione dei servizi sociali a livello domiciliare, di comunità alloggio e di Case protette integrandosi con essi a livelli di distretto.

Il pur sintetico richiamo a questi programmi di riorganizzazione dei servizi sanitari pone comunque chiaramente in evidenza come non venga prevista l'istituzione di specifici servizi sanitari rivolti esclusivamente alla popolazione anziana, ma, al contrario, come la programmazione della rete dei servizi sanitari della Regione si ponga l'obiettivo di rispondere, senza discriminazioni, ai bisogni complessivi di assistenza sanitaria della popolazione regionale (un quinto della quale è rappresentato da ultra sessantenni): in quest'ambito pertanto nella programmazione dei servizi sanitari del territorio è necessario si tenga conto essenzialmente dell'accentuazione quantitativa di determinati bisogni di assistenza sanitaria della popolazione anziana.

Individuazione nei reparti di medicina generale del settore di attività per malattie invalidanti e riconversione e utilizzazione dei reparti di geriatria esistenti.

Nell'ambito della varia patologia ad alto rischio di cronicizzazione, suscettibile di recupero funzionale, la patolo-

gia vascolare del sistema nervoso centrale rappresenta la più alta percentuale di cause di lungodegenza e di invalidità nell'età senile e presenile.

È dimostrato che l'invalidità si riduce notevolmente quando si inizia precocemente, oltre alla terapia intensiva, l'attività di fisioterapia: statistiche inglesi (dal 1948 al 1974) hanno evidenziato che circa il 50% dei malati affetti da vasculopatia cerebrale migliorano fino a raggiungere il 3° grado di autosufficienza (massimo di ricupero), quando alla terapia intensiva si associò, entro le prime 48 ore, la terapia riabilitativa passiva e di posizionamento.

Il ricevimento in prima istanza, cioè nella fase acuta della malattia, di pazienti affetti da patologia invalidante specie del sistema nervoso centrale, deve essere il primo elemento che mette in moto una diversa organizzazione di cura. Questa consiste essenzialmente nella continuità del trattamento e dell'assistenza da parte della stessa équipe medico-infermieristica operante nel medesimo reparto di degenza, con indubbio vantaggio, anche psicologico, da parte del paziente e con la possibilità di aggiornamento culturale di tutto il personale sui problemi della riabilitazione: difatti tale disciplina presuppone un lavoro di tipo dipartimentale, cioè collaborazione attiva di specialisti facenti capo a divisioni e servizi diversi, favorendo il superamento delle barriere esistenti all'interno dell'ospedale.

Nei reparti di medicina generale deve essere individuato un settore da dedicare all'attività di medicina antiinvalidante.

Il paziente colpito da offesa vascolare del sistema nervoso centrale (per es. ictus cerebrale) deve essere ricoverato in prima istanza in una zona di terapia intensiva, che di regola è inserita nello stesso settore per « malattie invalidanti » utilizzando un certo numero di letti.

Si ribadisce la necessità di un precoce intervento del servizio o di recupero e rieducazione funzionale per la prima riattivazione al letto del degente: da questo punto di vista tale area può essere definita zona di 1ª riattivazione, ove la sala o più sale di degenza del reparto hanno la caratteristica di poter praticare, oltre al trattamento intensivo, la terapia riabilitativa passiva o di posizione a letto.

Tale tipo di trattamento viene svolto dagli operatori della riabilitazione e non richiede di regola dotazioni strumentali: esso deve venir integrato dall'azione del personale infermieristico del reparto che condivide con i ricoverati l'arco dell'intera giornata e partecipa allo svolgimento delle attività.

Quando il paziente presenta aspetti di ripresa viene trasferito in zona di 2ª riattivazione (sempre nello stesso reparto) ove viene sottoposto a riabilitazione attiva e di gruppo, attuata con modalità diverse che richiedono dotazioni strumentali di varia complessità per cui sono necessari spazi edilizi di diversa grandezza. La zona occupata da questo reparto, quella delle prestazioni fisioterapiche e dell'eventuale ospedale diurno non hanno confini precisi fra loro: infatti i pazienti di questo reparto passano lungo tempo in palestra, nelle sale di riabilitazione di gruppo, in locali adibiti per ludoterapia, terapia occupazionale.

Negli ospedali di maggiori dimensioni, ove coesistono più divisioni di medicina con eventualmente la divisione di geriatria è opportuno riunire in una sola di esse i pazienti più esposti a rischio di invalidamento, in modo che la divisione stessa, organicamente inserita nel dipartimento di medicina e organizzata come suddescritto, sia in grado di assumere ruolo di « centro di supporto » per l'azione curativa e riabilitativa senza che tuttavia essa sia totalmente rivolta all'attività invalidante.

Negli ospedali di minori dimensioni le attività di medicina antiinvalidante possono essere svolte utilizzando letti di appoggio (di regola presso le divisioni di medicina generale) da parte dei geriatri in collaborazione con i vari specialisti della riabilitazione, garantendo le necessarie correlazioni con le corrispondenti attività nel territorio.

Il servizio di ricupero e rieducazione funzionale deve concordare coi medici responsabili del reparto il programma di interventi da praticarsi sia al letto di ogni paziente sia nei locali del servizio stesso.

Le attività che possono essere svolte nell'ambito dei singoli reparti riguardano la mobilità della mano (aprire e chiudere il pugno, impugnare posate o maniglie) o del braccio (imboccarsi, aprire la porta), la deambulazione con l'appoggio del bastone o al braccio di un'altra persona, ecc. ...; per lo svolgimento di queste attività non solo è necessario che l'operatore della riabilitazione si rechi presso i vari reparti, ma è indispensabile la partecipazione del personale del reparto stesso.

I pazienti i quali necessitano successivamente di trattamento riabilitativo attivo e di gruppo mediante impiego di dotazioni strumentali particolari si trasferiscono giornalmente per il tempo necessario nei locali del servizio di riabilitazione che presentano una complessità variabile.

In un piccolo ospedale è sufficiente disporre di dotazioni per la riabilitazione motoria (barra di appoggio per deambulazione, bicicletta, scala sali e scendi, attrezzature per massaggi e ginnastica da camera) per le quali si richiedono spazi modesti.

Negli ospedali di maggiori dimensioni gli spazi crescono di importanza perché aumenta il numero dei pazienti e delle dotazioni strumentali.

Le attività di seconda riattivazione possono proseguire anche superato il periodo di ricovero ospedaliero: anzi per evitare una degenza prolungata è opportuno incentivare la pratica delle « dimissioni serali » del paziente, che rientra in ospedale al mattino per proseguire la terapia riabilitativa.

Tale pratica ha soprattutto un grande valore psicologico per il paziente e per i suoi familiari direttamente coinvolti nel processo di ricupero.

Oltre alle « dimissioni serali » la dimissione precoce e protetta può avvenire usufruendo dell'ospedale diurno, ove il paziente dimesso definitivamente dal reparto di degenza, si reca con varia frequenza settimanale per un tempo limitato e ben determinato (2-3 ore o più al giorno) cioè il tempo necessario per completare la terapia riabilitativa iniziata durante il ricovero in ospedale.

L'ospedale diurno viene così a costituire un preciso punto di collegamento tra l'assistenza domiciliare e quella ospedaliera: gli interventi di tipo preventivo e riabilitativo, ivi praticati, da un lato integrano e talora sostituiscono quelli che richiedono abitualmente il ricovero, dall'altro completano i provvedimenti di assistenza socio-sanitaria nel territorio.

È opportuno precisare che le « dimissioni serali » e il trattamento in ospedale diurno sono pratiche effettuabili solo per i cittadini che risiedono relativamente vicini alla sede ospedaliera ed in cui sia necessario impiegare tutto il potenziale terapeutico ospedaliero.

Per gli utenti in cui sia sufficiente il trattamento a domicilio e quelli che si trovano in condizioni di disagio (lontananza dalla sede ospedaliera) le attività ospedaliere si continuano naturalmente con quelle a domicilio, a cui va rinviato il paziente non appena non necessiti più di ricovero.

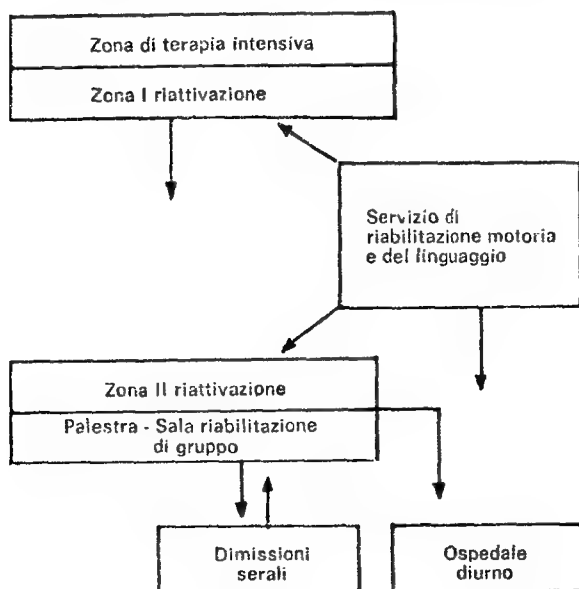
Allo scopo l'ospedale si collega specificamente coi servizi territoriali competenti (distretto, poliambulatorio con servizio di riabilitazione per le eventuali consulenze geriatriche).

Nel caso tali attività non possano svolgersi a domicilio, i pazienti potranno usufruire della disponibilità di alcuni posti letto in case protette per l'attività post-ospedaliera per il periodo strettamente necessario.

Il paziente affetto da esito di malattia invalidante rientrato a domicilio è nuovamente preso in carico dall'équipe sanitaria di base (con l'integrazione dell'assistenza domiciliare) e può usufruire ulteriormente anche del servizio ria-

bilitativo del poliambulatorio (in assenza dell'ospedale diurno).

Questo tipo di organizzazione terapeutica per i pazienti affetti da malattie invalidanti, che coinvolge tutti i servizi dell'Unità locale (dall'ospedale al servizio domiciliare), è una risposta realistica alla « cronicizzazione », volta ad impedire che i ricoveri di tali pazienti si trasformino in lungodegenza.

Iter del processo terapeutico riabilitativo

6.4. Strumenti per la realizzazione dell'obiettivo 2.2.

6.4.1. *Comunità alloggio*

La comunità-alloggio costituisce una risposta residenziale-tutelare in alternativa al ricovero in istituto.

Essa non vuole rappresentare una soluzione ai problemi economici ed abitativi delle persone anziane, che devono essere affrontati nei loro termini complessivi e con strumenti specifici, ma un servizio che può essere usato validamente per risolvere situazioni particolari.

Utenza.

La comunità-alloggio è rivolta a persone anziane con un grado di non autosufficienza tale da non richiedere assistenza tutelare continuativa, ma un sostegno che possano fornirsi vicendevolmente i membri della comunità stessa, con il supporto anche del gruppo di base.

Va considerato con attenzione il ruolo che la comunità-alloggio può svolgere, particolarmente in zone di montagna, ad insediamenti sparsi, per sopperire in periodo invernale alle esigenze di non isolamento di anziani che per il resto dell'anno possono rimanere nella propria abitazione.

Può costituire anche valido strumento per la deistituzionalizzazione di anziani ancora autosufficienti ricoverati in case di riposo o istituzioni psichiatriche o strutture ospedaliere quando il rientro nel nucleo familiare o il ritorno nella propria abitazione risulta impossibile o non immediatamente possibile: in tale prospettiva la permanenza in comunità-alloggio ha carattere transitorio.

Organizzazione strutturale.

Come quelle rivolte a persone di altre fasce d'età, le comunità-alloggio per anziani sono costituite di norma da 5-6 ospiti e di regola sono inserite in normali strutture abitative con alloggi adeguatamente costruiti o ristrutturati, oppure dove esistano servizi rivolti a tutta la popolazione, quali ad esempio mensa, luoghi d'incontro e di socializzazione: in tale ultima situazione il numero di comunità-alloggio non può essere superiore a tre, sia per rispettare il bacino d'utenza degli ospiti, sia per mantenere alla struttura il carattere di centro di servizi sociali per tutta la popolazione.

Assistenza fornita alla comunità-alloggio.

La comunità è priva di personale proprio, ma le deve essere garantito, con natura ed entità variabile a seconda dei bisogni espressi dall'utente, il supporto dei servizi di base operanti nel distretto, sia per quanto riguarda le prestazioni di assistenza domiciliare, sia per quanto riguarda l'appoggio socio-relazionale volto a mantenere o ripristinare l'inserimento nella vita socio-culturale-ricreativa del territorio.

Bacino d'utenza.

Gli utenti della comunità-alloggio devono avere la propria abitazione nell'U.S.L., in cui è ubicata la comunità-alloggio e possibilmente nello stesso distretto. Per quanto riguarda i soggetti già istituzionalizzati in U.S.L. diverse da quelle di residenza, il rientro deve essere valutato attentamente onde evitare ulteriori forme di sradicamento.

Modalità di inserimento nella comunità-alloggio.

Come in ogni situazione in cui devono crearsi rapporti interpersonali abbastanza stretti e a maggior ragione tra persone adulte e anziani, l'inserimento e il permanere in una comunità-alloggio presenta problemi relazionali, anche se sicuramente meno gravi di quelli che si sono sempre creati con l'inserimento nelle case di riposo. Spetta agli operatori dell'équipe di base, pertanto, opportunamente valutare, preparare e seguire l'inserimento nella comunità-alloggio.

6.4.2. *Casa protetta*

Utenza.

La casa protetta deve ospitare solo persone non autosufficienti, cioè non in grado di gestire la vita quotidiana nei confronti della propria persona (igiene personale, vestizione, nutrizione), della vita domestica (pulizia dell'ambiente, preparazione dei pasti) e delle relazioni sociali.

Al ricovero si provvede solo quando è necessaria a tali persone un'assistenza tutelare globale e continua, che la famiglia o i servizi e le prestazioni a domicilio o in comunità-alloggio non sarebbero in grado di fornire in maniera sufficiente.

Indicativamente l'utenza può suddividersi in tre gruppi tipologici:

1° gruppo: persone che sono in stato di invalidità parziale o totale per lesione agli apparati motori (offesa cerebrale o altre cause);

2° gruppo: soggetti con equilibrio fisico particolarmente labile;

3° gruppo: grandi senili, confusi mentali.

Organizzazione della struttura.

La definizione della struttura della casa protetta deve discendere dalla caratteristica degli ospiti e cioè la non autosufficienza a gestire la vita quotidiana, che richiede assistenza tutelare continua non di carattere terapeutico: le uniche prestazioni sanitarie che potranno essere fornite all'interno della struttura, infatti, saranno quelle fornite a domicilio a tutti i cittadini dagli operatori dei servizi di base e integrativi di base.

Occorre liberarsi pertanto dall'impalcatura teorica sanitaria propria di alcuni dei tradizionali istituti di riposo che, prendendo come modello l'utenza ospedaliera (e talvolta avendo questa utenza) fornisce « l'ambiente » di caratteristiche, personale e strumenti sanitari.

Si deve rompere questo parallelismo perché, la persona da ospedalizzare si mette a disposizione della organizzazione per prestazioni terapeutiche, mentre la persona portatrice di non autosufficienza cerca di ricomporre la sua perso-

nalità sociale chiedendo alla struttura gli strumenti per ricostruirla, compreso un alto grado di confort ambientale.

La casa protetta deve avere pertanto gli elementi fondamentali di ogni casa di abitazione, strutturandosi per nuclei abitativi.

Ogni nucleo abitativo deve realizzarsi per 5-6 persone, unendone fra loro al massimo otto per una utenza complessiva, di norma, non superiore a 40, al fine di evitare grosse concentrazioni di persone da assistere che comportano generalmente rigide burocratizzazioni nella gestione.

Strutturalmente la casa protetta con più nuclei abitativi si articola per piani collegati fra loro con ascensore/i di ampie dimensioni e con scale « dolci », dove si prevedono: nuclei abitativi; spazi sociali; spazi per il personale, collegati fra loro secondo percorsi idonei a garantire il confort ambientale, la sicurezza e la socializzazione.

1) Nuclei abitativi.

Il nucleo abitativo può essere concepito o come appartamento vero e proprio, quindi autosufficiente in sé oppure come appartamento solo parzialmente strutturato e quindi tipologicamente aperto verso i restanti spazi del piano.

Il nucleo abitativo deve prevedere tre spazi:
- spazio destinato al sonno
- spazio residenziale
- servizi

Lo spazio destinato al sonno è formato da camere che possono essere per una o due persone (dipende dal tipo di utenza).

Lo spazio residenziale deve essere ampio e talvolta formato anche da più ambienti.

Fra i servizi si può comprendere o escludere la cucina, ma deve comunque prevedersi la possibilità di un posto scalda-vivande per pasti semplici.

Devono prevedersi più locali per servizi igienici, non necessariamente tutti completi di tutte le apparecchiature. È necessario che i servizi igienici siano dotati di quei piccoli accorgimenti che li rendano fruibili da persone con invalidità: in particolare si consiglia, in sostituzione della vasca e della doccia, la poltrona bagno, che permette alla persona parzialmente invalida di azionare i getti di acqua e di lavarsi senza aiuto o con aiuto minimo del personale.

2) Spazi sociali

Ad ogni piano devono esservi uno o più spazi sociali che possono essere camere di dimensioni più o meno ampie a seconda dell'utilizzo.

3) Spazi per il personale

Ad ogni piano è riservato un ambiente per il personale che potrebbe anche essere tipologicamente un piccolo appartamento.

Nella casa protetta, a livello del piano terra, debbono prevedersi i servizi generali (lavanderia, cucina), salva la possibilità di utilizzare quelli di altri presidi che risultino di facile accessibilità e conveniente fruibilità, e ampi spazi di socializzazione (compresa la mensa) utilizzati non solo dagli ospiti della casa protetta, ma aperti a tutta la popolazione.

Si precisa che la struttura residenziale deve comunque essere priva di barriere architettoniche e dotata degli accorgimenti necessari per adattarsi a ogni possibile tipo di utenza della casa.

Organizzazione del lavoro e personale.

Anche l'organizzazione del lavoro non può prescindere dalle finalità di assistenza tutelare che si intendono raggiungere con il servizio: questo non deve rispondere perciò a logiche di custodia.

In questo senso il compito degli operatori è quello di aiuto e stimolo alla persona nel gestire se stessa e l'ambiente che la circonda sostituendosi ad essa solo ed esclusivamente in quelle attività che non è assolutamente più in grado di svolgere da sola o con l'aiuto dell'operatore.

All'utente si deve far vivere l'ambiente come proprio mantenendo peraltro lo stimolo a recuperare il massimo di autonomia ai fini del rientro, nei casi in cui risulterà possibile, nel proprio domicilio o dell'inserimento in comunità-alloggio.

Attualmente al personale delle case di riposo il più delle volte è richiesta un'attività ibrida, in certi casi pseudo-infermieristica, in altre di persone addette alla pulizia. Non vi è dubbio, invece, che a questo personale, che deve essere utilmente riqualificato, si debba dare una professionalità precisa di carattere assistenziale tutelare e che questa preparazione debba tendere a formare un tipo di personale polivalente, cioè abilitato a svolgere la propria attività nei servizi aperti (quale il servizio domiciliare) e nei servizi residenziali.

Una corretta organizzazione del lavoro che tenga conto della polivalenza degli operatori e possa usufruire di una struttura adeguata come quella descritta in precedenza nonché del supporto dei servizi territoriali dovrebbe portare ad un rapporto operatori addetti all'assistenza-ospiti di 1/4: questo standard è indicativo, in quanto dovrà essere verificato empiricamente.

I turni di lavoro del personale devono essere articolati in tutte le 24 ore con presenze maggiori nella mattina e fino alle ore 14.

Caso per caso, potrà essere valutata l'opportunità di utilizzare lo stesso personale addetto nella casa protetta anche per i servizi quali l'assistenza domiciliare e le comunità- alloggio ottenendo il triplice risultato: di ottimizzare le risorse (soprattutto in presenza di piccole case protette); di rendere meno routinario il lavoro per l'operatore; di fornirgli una migliore conoscenza dei problemi e delle potenzialità del territorio in cui opera. Questa scelta comporta una particolare attenzione ai turni di lavoro in modo da non creare difficoltà agli utenti o agli operatori soprattutto in termini di continuità assistenziale.

Bacino d'utenza del servizio.

Le persone che vengono accolte nella casa protetta devono avere, di norma, la propria residenza stabile nell'U.S.L. di ubicazione del servizio. In presenza di più case protette nella stessa U.S.L., l'utenza da privilegiare per singola casa è quella dei distretti territorialmente più vicini al luogo in cui è ubicata.

Modalità di inserimento dell'utente.

L'esistenza del bisogno di assistenza tutelare continuativa viene valutata dall'équipe di distretto.

Gli operatori prima di pervenire alla decisione di inserire il soggetto in casa protetta devono valutare e sperimentare tutte le possibili realistiche soluzioni per mantenere il soggetto nel proprio domicilio o in comunità-alloggio.

Gli operatori del distretto devono fornire agli operatori della casa protetta tutte le informazioni utili e disponibili relative all'utente predisponendo con gli stessi le modalità di inserimento adeguato ai bisogni dello stesso e fornendo il supporto necessario durante la permanenza nella casa.

L'inserimento in uno dei nuclei abitativi della casa protetta deve essere realizzato in modo da evitare dei problemi sia ai soggetti che formano il nucleo sia al nuovo ospite, favorendo una preventiva socializzazione fra le persone interessate e quindi anche una scelta di assegnazione meno burocratica e più partecipata dai soggetti.

Modalità di dimissione dell'utente.

L'inserimento in casa protetta non deve essere considerato tendenzialmente definitivo perché obiettivo è pur sempre il reinserimento nella propria abitazione. Tale reinserimento, quando possibile, deve essere programmato e organizzato con gli operatori socio-assistenziali del distretto in cui egli andrà a vivere (sia in casa propria o comunità-alloggio), in modo da fornirgli tutti gli interventi o servizi di appoggio di cui ha bisogno.

Trasformazione del sistema esistente.

Per condurre a regime questo servizio su tutto il territorio regionale e con le modalità descritte bisogna procedere verso tre direzioni:

1) creare un efficace filtro al fine di ridurre all'essenziale le richieste di assistenza tutelare continuativa;

2) deistituzionalizzare gli attuali ricoverati in case di riposo;

3) realizzare case protette mediante ristrutturazione delle case di riposo o di altre strutture pubbliche o costruzioni ex novo.

La programmazione e il coordinamento di questi tre momenti operativi è essenziale al fine di evitare disfunzioni nei servizi attuali e relative conseguenze negative sull'utenza.

1) Efficace filtro.

Per ridurre all'essenziale le richieste di assistenza tutelare continuativa devono essere attivati adeguatamente tutti gli strumenti e i servizi previsti nel presente progetto e in particolare il servizio di assistenza domiciliare e le comunità-alloggio.

2) Deistituzionalizzazione.

La deistituzionalizzazione degli attuali ricoverati in case di riposo deve essere realizzata mediante precisi programmi finalizzati al loro reinserimento nel normale tessuto sociale. I soggetti attualmente ricoverati in istituto possono essere schematicamente classificati in due principali categorie: gli autosufficienti e i non autosufficienti.

a) deistituzionalizzazione degli autosufficienti.

È noto che le cause che inducono un soggetto autosufficiente al ricovero in istituto sono essenzialmente di natura sociale e in specifico per problemi economici, abitativi, socio-relazionali. Per realizzare un effettivo e non traumatico processo di deistituzionalizzazione è necessario nei programmi prevedere le risorse economiche, abitative e gli appoggi socio-relazionali da attivare per singolo soggetto.

b) deistituzionalizzazione dei non autosufficienti.

La deistituzionalizzazione dei non autosufficienti deve prioritariamente prevedere una fase di decronicizzazione che consiste nella loro riabilitazione psico-motoria. Il processo riabilitativo si attua per quanto possibile all'interno della casa di riposo mediante tecniche semplici e si appoggia a servizi di fisioterapia motoria e del linguaggio delle unità sanitarie locali di appartenenza. Fondamentale è anche la risocializzazione dei soggetti da attuare soprattutto mediante la partecipazione alla vita sociale esterna.

Per gli ospiti che avranno acquistato il grado di autosufficienza necessario deve essere realizzato il programma di deistituzionalizzazione come per gli autosufficienti. Al contrario gli ospiti che continueranno ad essere non autosufficienti e bisognosi di protezione tutelare continuativa rimarranno nella casa di riposo se riconvertita a casa protetta o trasferiti nelle case protette via via che si renderanno disponibili i posti. Nel caso di trasferimento bisogna tendere a mantenere il più possibile integro il tessuto relazionale fra i ricoverati effettuando trasferimenti di gruppo.

3) Realizzazione di case protette mediante ristrutturazione delle case di riposo o mediante costruzione ex novo.

La localizzazione delle singole case protette con relativa utenza dovrà essere individuata nel primo piano socio-sanitario di U.S.L. tenuto conto della densità abitativa della zona e della sua ampiezza territoriale.

A titolo indicativo si ritiene che nelle zone a ridotta densità abitativa e con estensione territoriale ampia è comunque preferibile la soluzione di più case protette, adeguatamente distribuite sul territorio, con un numero minimo di utenti.

La presenza nell'U.S.L. di strutture di ricovero preesistenti quali case di riposo non deve condizionare la scelta della localizzazione e delle dimensioni strutturali del servizio, pur ritenendo indispensabile, ogni qualvolta è possibile ed economicamente vantaggioso, operare per una loro riconversione come case protette.

Quando si programma la costruzione ex novo della casa protetta o la ristrutturazione di strutture non adibite a casa di riposo, si deve prevedere, di norma, la contestuale riduzione del numero di posti letto delle case di riposo esistenti nella U.S.L. pari almeno al numero di posti letto attivati nella nuova struttura. La riduzione può non essere effettuata solo quando nell'U.S.L. si sia in presenza di un numero di posti letto complessivi (case protette e case di riposo) inferiore a quello previsto per le case protette nel piano socio-sanitario regionale.

Indicazione per la programmazione delle case protette.

Sulla base di valutazioni correnti, si ritiene che, in presenza di adeguati servizi domiciliari, la richiesta di ricovero in casa protetta sia di 1-1,2 ogni 100 ultrasessantenni.

I risultati derivanti (in termini di fabbisogno di posti) dall'adozione di questo parametro risultano sostanzialmente uguali, a livello medio regionale, a quelli derivanti dall'adozione del parametro 2,3‰ abitanti previsto in altri documenti regionali.

Ciò nonostante viene ora privilegiato in quanto tiene conto delle differenti distribuzioni percentuali di persone anziane sul totale della popolazione nelle singole unità sanitarie locali. Questo parametro sarà da verificare nel primo triennio di applicazione del piano.

6.4.3. *Utilizzazione di altre strutture*

Le istituzioni assistenziali presenti sul territorio e non gestite direttamente dall'U.S.L. o dai Comuni, che operino secondo le indicazioni di piano, potranno essere convenientemente utilizzate per l'assistenza alle persone anziane, attraverso il sistema del convenzionamento.

Ciò al fine di non disperdere un prezioso patrimonio di capacità ed esperienza, all'interno di una linea tesa alla massima utilizzazione delle risorse esistenti e di un loro corretto riordino su base territoriale.

7. ANZIANI RICOVERATI NELLE STRUTTURE PSICHIATRICHE

Un'analisi della popolazione ricoverata in ospedale psichiatrico ha rilevato che non meno del 30% degli attuali ricoverati è rappresentato da persone ultrasessantacinquenni.

Si può ragionevolmente parlare di una presenza di circa 1.000 ricoverati anziani nei cinque ospedali psichiatrici piemontesi a cui bisogna aggiungere gli anziani precedentemente dimessi dagli OO.PP. stessi e collocati presso istituti e case di riposo. Questa ultima parte è altresì valutabile in 1.000 persone circa.

In linea di massima si tratta, nei casi suesposti, di degenti con molti anni di istituzionalizzazione che ormai presentano, in netta prevalenza, solo i problemi tipici della popolazione anziana e che, in via prioritaria, dovranno essere dimessi e tornare nelle loro U.S.L. di provenienza che dovranno farsi carico dei programmi relativi.

Per gli anziani non attualmente dimissibili perché hanno perduto ormai qualsiasi riferimento con il territorio di origine, ovvero in età molto avanzata che hanno ormai radicato nel contesto manicomiale la loro esistenza e i loro interessi, dopo aver esperito ogni tentativo nella direzione della dimissione, il presente piano socio-sanitario prevede, nell'ambito del graduale superamento degli ospedali psichiatrici (art. 64, 1° comma, legge 23-12-78, n. 833), l'istituzione, all'interno dello spazio manicomiale, di strutture a carattere transitorio, anche in relazione all'attuale situazione edilizia abitativa, quali case protette e comunità alloggio.

Il funzionamento e l'organizzazione delle strutture su indicate dovranno essere evidentemente uniformati a quan-

to previsto dal presente progetto: in altri termini dovrà essere adeguata, nel più breve tempo possibile, sia la composizione dell'organico del personale (mediante la progressiva sostituzione degli operatori psichiatrici con operatori assistenziali o mediante riqualificazione degli operatori già esistenti), sia il regime di funzionamento con un adeguamento tipologico della struttura stessa. Per quella parte di anziani dimissibili attualmente ancora ricoverati in O.P. deve essere applicata la procedura indicata nel presente Piano, che prevede la programmazione degli interventi, da parte delle U.S.L. del territorio, con il loro inserimento nelle normali residenze protette, garantendo le necessarie attività di appoggio, da parte di apposito personale, per le loro peculiari necessità. Particolare attenzione all'adattamento degli anziani dimessi alle nuove condizioni va posto da parte della équipe psichiatrica territoriale a cui compete il coordinamento del programma.

8. FORMAZIONE E RIQUALIFICAZIONE DEL PERSONALE

Secondo le indicazioni espresse nel capitolo 4 degli « Indirizzi, obiettivi e norme di applicazione per il piano socio-sanitario regionale », le attività di sostegno all'autonomia della persona richiedono la presenza di operatori specifici che agiscano in tutte le sedi in cui sia richiesto il loro intervento, distretti di base, case protette, ospedali e per tutte le condizioni e le fasce di età in cui si verifichi la necessità del loro intervento anche se l'età senile assorbe la massima parte della domanda, almeno in regime di non ricovero.

La funzione di tali operatori consiste nel cooperare a ricondurre o mantenere la persona, o le persone, abitanti a domicilio o ospitate in casa protetta o ricoverate in ospedale ad una condizione di benessere, ad un comfort che viene espresso nella sfera del comportamento sociale e all'interno dell'ambiente abitativo (ordine della casa, pulizie personali che diano un equilibrio alle condotte sociali) e in interventi, su alcuni sintomi od esiti da malattia o da involuzione (prevenzione alle piaghe da decubito, clisma in caso di incapacità di evacuare, aiuto alla mobilizzazione in caso di handicap motorio, ecc.).

Il personale addetto a tali funzioni dovrà avere la necessaria polivalenza operativa con una precisa presa di coscienza dei bisogni della popolazione da assistere.

Di conseguenza l'orientamento di tale personale non dovrà essere riferito a singoli atti (« mansionari ») ma a problemi operativi: occorre perciò sperimentare, sia sul piano organizzativo, sia sul piano dei contenuti formativi, soluzioni che consentano di approfondire i contenuti di tale profilo professionale. A tale scopo si indicano nei corsi di formazione, caratterizzati da lezioni tenute direttamente sul « campo »: lo strumento di preparazione di questi operatori: i docenti si trasformano in addestratori, seguendo il personale da formare direttamente presso il domicilio della persona da assistere, o presso la casa protetta, o reparto ospedaliero. I corsi organizzati dalle singole U.S.L. dovranno tuttavia avere una base culturale comune su indicazione della Regione.

9. VALUTAZIONE

Ribadendo che la metodologia di valutazione dei servizi rientra nella valutazione più generale del Piano, ci limitiamo a indicare gli strumenti per verificare l'efficacia del progetto.

a) *A lungo termine*

È indispensabile la ricerca per la costruzione di indicatori che abbiano come elemento guida il miglioramento della situazione sociale della popolazione anziana per ogni singola U.S.L. secondo l'obiettivo primario del reinserimento nel tessuto originario di vita con conseguente risocializzazione e nel rallentamento dell'istituzionalizzazione e cronicizzazione.

Questo obiettivo può essere verificato sulla base di indicatori standard del soddisfacimento dei bisogni che dovranno essere identificati attraverso una ricerca guidata che, in quattro zone pilota (montana, rurale, industriale, mista) costruisca criteri obiettivi di riferimento.

La Regione, nella fase attuativa della programmazione, provvederà con apposito atto ad avviare la ricerca che dovrà essere completata allo scadere del primo triennio attuativo del Piano.

Gli indicatori dovranno evidenziare:

- il miglioramento dello stato abitativo;
- il miglioramento dello stato di reddito;
- il miglioramento della socializzazione anche attraverso parametri indiretti (incremento associazioni volontarie, della pratica sportiva, degli hobbies, della condizione lavorativa cooperativistica);
- la diminuzione del ricovero in istituto;
- la diminuzione dei non autosufficienti;
- la diminuzione di ricoveri degli ultrasessantenni nei reparti ospedalieri;
- il miglioramento delle condizioni di salute attraverso la diminuzione delle patologie più diffuse in questa fascia sociale.

b) *Medio-breve periodo*

Appare indispensabile la verifica dei risultati delle attività nelle zone in cui è stata avviata la sperimentazione.

10. SISTEMA INFORMATIVO

La raccolta, elaborazione, ridistribuzione dei dati, la costruzione dei programmi, non presenta elementi di specificità rispetto al sistema informativo generale dell'U.S.L., gli specifici indicatori sono già stati trattati a proposito della valutazione.

11. RISORSE

La copertura della spesa va ricercata:

a) nelle risorse finalizzate e vincolate previste dal piano sanitario nazionale;

b) nell'ambito delle risorse già destinate alle prestazioni sanitarie improprie, prevedendo le necessarie riallocazioni funzionali, secondo le indicazioni del previsto P.S.N.;

c) nell'ambito delle risorse destinate ai servizi socio-assistenziali.

Allegato n. 15 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

PREVENZIONE DEI TUMORI ED ASSISTENZA ONCOLOGICA

1. DIMENSIONI DEL FENOMENO

L'incidenza di neoplasia in Piemonte dal 1965 al 1971 rilevata dal registro tumori regionale è stata di 87.629 casi con una media annua di 12.518; in più del 50% la neoplasia era a carico dello stomaco, intestino, mammella o polmone in ordine di frequenza decrescente.

La tabella 1 illustra in dettaglio la distribuzione dei casi di tumori per U.S.L.; disegnando una precisa mappa regionale.

2. CRITERI DI INTERVENTO

Di fronte a un problema di tale complessità e di tali dimensioni occorre adottare una strategia di intervento che garantisca la massima produttività dello stesso.

La tabella 2 offre un quadro orientativo dell'approccio necessario.

In sintesi i momenti salienti su cui soffermarsi sono: la prevenzione; la diagnosi precoce, il miglioramento dei mezzi di cura compresa la riabilitazione ed il controllo a lunga distanza per la prevenzione delle recidive.

2.1. Prevenzione primaria

Il rapporto neoplasia e inquinanti ambientali si presenta immediatamente.

Secondo alcune stime la percentuale di tumori dipendenti dall'ambiente oscilla infatti, secondo vari autori, dall'8% al 25%, ciò sia all'interno che all'esterno dei luoghi di lavoro.

L'ambiente industriale è fonte di contaminazione dell'habitat (aria, acqua, suolo) cosicché sia i lavoratori che gli abitanti delle zone a forte inquinamento entrano spesso sempre più in contatto con agenti cancerogeni.

Da ciò si deduce che il potenziale cancerogeno tende ad aumentare anche in considerazione che è ormai provata una relazione diretta fra esposizione e rischio e che teoricamente non esiste una dose soglia.

Tali considerazioni indicano come siano indispensabili alcuni atti operativi sia di ordine generale che locale.

Tra i primi:

- restrizione dell'uso delle sostanze impiegate dalle industrie;
- etichettatura, con dati esaurienti, dei singoli prodotti;
- limitazione e regolamentazione delle sostanze sospette;
- divieto di impiego dei cancerogeni;
- ricerca dei fattori di rischio sia epidemiologica che sperimentale;
- controllo periodico dei soggetti a rischio.

Fra i secondi:

- la protezione degli esposti e il risanamento ambientale sia nei luoghi di lavoro che all'esterno della fabbrica.

Rilievo particolare ha poi l'educazione sanitaria sia per ridurre l'uso domestico di sostanze sospette sia per modificare abitudini personali come quelle alimentari e il fumo che hanno relazioni dirette o indirette con l'isorgenza di neoplasia.

Tabella 1

Tassi di incidenza dei tumori maligni standardizzati per età 1965-71 *

U.S.L.	*Maschi*	*Femmine*
1-23	382.1	371.3
24	218.1	225.9
25	324.7	267.8
26	299.8	302.3
27	297.1	272.1
28	249.5	269.4
29	247.7	261.7
30	286.6	296.7
31	227.2	238.6
32	334.4	297.3
33	206.6	263.3
34	363.5	338.9
35	263.1	237.4
36	270.6	260.6
37	237.3	257.3
38	256.8	243.2
39	252.8	251.8
40	324.7	302.2
41	311.8	270.7
42	184.3	143.7
43	170.3	203.6
44	216.2	208.3
45	296.0	260.5
46	248.9	221.4
47	363.6	294.8
48	309.9	239.7
49	280.1	212.8
50	302.7	235.1
51	291.7	238.3
52	256.6	192.8
53	246.0	218.2
54	270.7	223.9
55	241.3	193.0
56	237.0	216.4
57	297.6	217.7
58	275.0	235.2
59	206.5	176.2
60	179.0	206.4
61	177.4	231.1
62	217.6	277.1
63	199.3	228.8
64	225.5	221.1
65	197.6	196.1
66	210.7	212.4
67	192.1	181.8
68	269.0	273.9
69	260.3	245.5
70	402.3	345.7
71	309.4	278.0
72	313.3	260.8
73	267.9	256.1
74	307.2	300.3
75	293.4	283.4
76	319.0	302.1
Valle d'Aosta	210.6	203.5

* Fonte Registro Tumori Piemonte

È quindi evidente che la prevenzione primaria della neoplasia pone problemi di ordine generale che trascendono il settore oncologico; da esso devono tuttavia derivare elementi di conoscenza e segnali di allarme che contribuiscano ad orientare e mirare gli interventi globali di prevenzione primaria.

2.2 Diagnosi precoce

Di più stretto interesse oncologico è la prevenzione secondaria o diagnosi precoce. Si può dire che la gran parte

Tabella 2

Aree di intervento a maggiore probabilità di successo

	Prevenzione	*Diagnosi precoce*	*Miglioramento mezzi di cura*
Carcinoma del polmone	* * * *	*	*
Carcinoma dell'esofago	* * *	—	—
Carcinoma dello stomaco	*	* *	—
Carcinoma dell'intestino	*	* *	*
Carcinoma delle vie aereodigestive superiori	*	* *	*
Carcinoma della mammella	—	* * *	* *
Carcinomi del collo uterino	*	* * * *	*
Seminoma e carcinoma del testicolo	—	—	* * * *
Linfomi e leucemie	—	—	* * * *
Melanoma	—	* * *	*
Carcinoma della prostata	—	—	* *
Carcinoma dell'ovaio	—	*	* *
Carcinoma del pancreas	—	—	*
Carcinoma della vescica	* * *	* *	*

dei successi registrati negli ultimi anni nella lotta contro i tumori vengono dal miglioramento delle capacità diagnostiche, parallelamente allo sviluppo delle conoscenze sulla storia naturale delle varie neoplasie.

L'acquisizione del concetto di diagnosi precoce ha mutato il carattere della malattia neoplastica; in assenza di essa infatti la neoplasia è malattia cronica irreversibile e ad evoluzione fatale, nelle forme in cui essa invece è possibile e viene sistematicamente perseguita e raggiunta la malattia neoplastica tende a diventare una malattia locale, spesso facilmente estirpabile e controllabile, con recupero completo della salute e della validità fisica.

Da questo punto di vista e in prospettiva non è valido il paragone della malattia neoplastica con altre malattie cronicizzanti, come le malattie degenerative non neoplastiche del cuore, del fegato, del S.N.C. e delle ossa. Qui si tratta di processi che interessano diffusamente organi ed apparati sin dalle prime fasi, non arrestabili con le terapie attuali e senza ragionevoli prospettive di trattamento medico a breve e media scadenza.

La malattia neoplastica, per contro, è per un lungo periodo della sua storia naturale un processo patologico localizzato in una piccola parte di un organo o apparato (tranne alcune particolari neoplasie), che già con gli attuali mezzi terapeutici è possibile arrestare.

La sua trasformazione in malattia cronicizzante invalidante e mortale dipende per lo più dalla tempestività e correttezza nelle varie fasi di crescita degli interventi diagnostici e terapeutici.

Per questo la diagnosi precoce è la condizione primaria per una terapia radicale delle neoplasie maligne.

L'esperienza internazionale ha individuato alcune forme di neoplasie in cui la diagnosi precoce può essere raggiunta mediante screenings più o meno mirati che consentono un rapporto costo/beneficio accettabile.

Fra esse sono: il cancro del collo dell'utero, il cancro della mammella e sotto particolari condizioni il cancro dell'intestino, dello stomaco, della vescica e del polmone. Buone possibilità di diagnosi precoce vi sono inoltre per i carcinomi della cavità orale e della pelle.

a) *Cancro del collo dell'utero*

Si tratta della neoplasia in cui la diagnosi precoce ha maggiori possibilità di successo e permette di eseguire screenings anche molto estesi della popolazione femminile con un costo relativamente basso.

La diagnosi precoce si basa in prima istanza sul pap-test, che negli ultimi anni si è notevolmente diffuso indipendentemente da iniziative programmate di screenings da parte delle strutture sanitarie pubbliche.

Si tratta di razionalizzare e ordinare il ricorso al pap-test allo scopo di evitare sprechi, migliorare la qualità dei servizi ed eliminare speculazioni privatistiche che su questo tipo di indagine sono fiorite.

Esistono ormai precisi protocolli, ampiamente codificati a livello internazionale e che si basano su decenni di esperienza compiute in vari paesi.

In linea di massima il test deve essere eseguito con una periodicità di 2-3 anni in condizioni normali da tutte le donne che hanno superato l'età di 25-30 anni, fino all'età di 55-60 anni, allorché, se in precedenza non sono state evidenziate particolari alterazioni dell'epitelio, non si rende più necessario, perlomeno ad intervalli così brevi.

Si tratta quindi di ricondurre con opportune iniziative di informazione il problema ai suoi termini reali, mediante il coinvolgimento dei medici di base che sono l'anello più importante per il controllo degli sprechi per questo come per altri esami clinico/diagnostici.

Il compito per una corretta impostazione screenings per la diagnosi precoce del carcinoma del collo dell'utero spetta alla U.S.L.

b) *Cancro della mammella*

I dati della letteratura internazionale orientano a fare dell'autoesame del seno il primo passo per arrivare alla diagnosi precoce.

Per la mammella non si dispone di un test di facile esecuzione, non nocivo, poco costoso ed egualmente efficace come per il carcinoma del collo dell'utero.

Occorre pertanto procedere per gradi allo scopo di restringere l'attenzione su gruppi di donne a maggiore rischio.

L'autoesame correttamente eseguito, per essere efficace e per non determinare ingiustificato ricorso ad ulteriori esami, comporta una adeguata istruzione della donna. Questo potrebbe essere fatto al momento dell'esecuzione del pap-test da parte di personale paramedico opportunamente preparato.

L'autoesame può così contribuire a selezionare le donne da sottoporre ad ulteriori accertamenti.

È comunque necessario un controllo periodico del seno mediante visita da parte di personale medico qualificato da eseguirsi in sede distrettuale.

c) *Cancro dello stomaco e del grosso intestino*

Non è concretamente attuabile uno screening di massa per queste neoplasie allo stato attuale.

Anche la ricerca del sangue occulto nelle feci, eseguita su tutta la popolazione al di sopra dei 40 anni, per esperienza internazionale, non è in grado di determinare una selezione efficiente, pur ammettendone tutta l'importanza.

Si possono individuare alcuni gruppi a rischio su cui eseguire periodicamente controlli clinico-endoscopici:

1) soggetti riconosciuti portatori di gastrite atrofica, di ulcera gastrica e duodenale;

2) soggetti operati di resezione gastrica per carcinoma dello stomaco;

3) soggetti gastroresecati da oltre 10-15 anni per ulcera benigna gastroduodenale;

4) soggetti già operati per carcinoma intestinale;

5) soggetti affetti da poliposi intestinale;

6) soggetti affetti da colite ulcerosa e da morbo di Crohn;

7) soggetti nella cui famiglia sia conosciuta una poliposi familiare.

La diagnosi precoce di queste neoplasie si basa su indagini radiologiche ed endoscopiche.

È probabile che le abitudini alimentari influiscano sull'insorgenza di tali neoplasie; è infatti notoria la riduzione nel tempo delle forme gastriche mentre aumentano quelle del colon.

Studi e ricerche in tale campo potranno verosimilmente offrirci in futuro elementi per una efficace prevenzione.

d) *Carcinoma del polmone e della vescica*

Come per il cancro gastrointestinale non esistono esperienze valide di screening di massa; occorre individuare la popolazione ad alto rischio, ridurne l'esposizione e tenerla sotto controllo specifico.

La causa principale tuttavia del cancro polmonare è l'abitudine del fumo.

Esperienze mirate e soprattutto convinte ed a vasto raggio di educazione sanitaria contro tale abitudine hanno dato risultati non trascurabili.

I tentativi tuttavia sono quasi sempre saltuari e parziali per gli interessi economici che vanno a ledere.

2.3. Trattamento

In ogni caso una volta posto fondatamente il sospetto di neoplasia occorre uniformare il comportamento degli operatori e dei servizi ad una serie precisa di tappe:

1) diagnosi d'organo;

2) valutazione di estensione o staging;

3) terapia corretta;

4) riabilitazione e controllo a lungo termine per la prevenzione delle recidive.

L'insieme di tali attività coordinate ed i criteri da seguire in ciascuna di esse, si definisce protocollo.

L'adozione di protocolli mirati costituisce l'essenza della moderna assistenza oncologica.

La gestione di un protocollo si pone come un momento evidentemente interdisciplinare a cui devono concorrere diversi specialisti e diversi servizi spesso posti a diversi livelli territoriali.

3. LE ATTIVITA' DEI SERVIZI

La diffusione della malattia, la necessità di diagnosi precoci ed il coinvolgimento a lungo termine di ogni paziente pongono in risalto innanzitutto la responsabilità dei normali servizi di U.S.L. territoriali ed ospedalieri, ma la complessità degli aspetti specialistici ed interdisciplinari postula al contempo una strategia non semplice per assicurare a tali servizi le necessarie consulenze ed integrazioni.

La tabella 3 elenca le attività necessarie ed il loro livello territoriale

Tabella 3

In tutte le U.S.L.	
Prevenzione:	Educazione Sanitaria Mappe di rischio Depistage di massa proponibili Risanamento ambientale Identificazione necessità preparazione operatori per diagnosi precoce, etc.
Trattamento:	Identificazione necessità preparazione operatori per corretto trattamento e trattamento forme non particolarmente complesse Adozione protocolli Partecipazione ad attività di controllo e verifica di efficacia dei medesimi Attivazione ospedale di giorno Riabilitazione e controllo a lungo termine
Nelle U.S.L. con funzioni di riferimento:	Consulenza oncologica alle U.S.L. del territorio di competenza per staging, terapia, etc. Trattamento radioterapico di tutti i soggetti in cui sia necessario Trattamento chemioterapico e chirurgico, etc. di casi particolarmente complessi Diagnosi anatomopatologica Diagnosi laboratoristiche complesse (marker tumorali, etc.) Diagnosi con tecniche particolari di formazione dell'immagine Insegnamento operatori U.S.L. del territorio di competenza Ricerca Coordinamento uso dei protocolli e partecipazione alla loro verifica
A livello regionale:	Osservazione epidemiologica Standardizzazione protocolli Coordinamento operativo del riassetto dei servizi, delle attività di insegnamento e delle attività scientifiche e di ricerca, in collaborazione con l'Università.

Si precisano quindi le linee direttive della strategia di intervento su base regionale:

1) diffusa attività di educazione sanitaria e prevenzione primaria che coinvolge tutti i servizi delle U.S.L.;

2) trattamento diretto da parte dei normali servizi di U.S.L. di casi non complessi da attuarsi attraverso il coordinamento di tutti gli operatori, l'adozione di protocolli e con la consulenza dei servizi oncologici e l'attivazione di iniziative di perfezionamento professionale;

3) collocazione nella rete regionale ospedaliera delle necessarie funzioni di riferimento in campo oncologico;

4) coordinamento dell'intervento a livello regionale.

Due elementi devono caratterizzare le modalità di esecuzione delle attività oncologiche:

a) la loro collocazione più ampia possibile in regime ambulatoriale o di ospedale di giorno;

b) il collegamento dipartimentale dei servizi e degli operatori in ogni U.S.L. e del loro coordinamento interzonale quale espressione della interdisciplinarietà dell'intervento.

4. LA RETE DEI SERVIZI PER LE FUNZIONI DI RIFERIMENTO

La rete dei servizi necessari per assicurare le attività di cui alla tabella 3 è contenuta nell'allegato 28.

Dal medesimo si evince che la funzione non di base più diffusa è l'anatomia patologica, la quale è assicurata di regola a livello comprensoriale. Mentre tutte le altre elencate vengono ad essere collocate, con chiaro significato di decentramento e distribuzione equilibrati, in 4 sedi (Torino, Novara, Alessandria e Cuneo) al servizio di 4 grossi quadranti territoriali del Piemonte Nord-Ovest, Nord-Est, Sud-Est e Sud-Ovest.

Unica eccezione la radioterapia e la medicina nucleare presenti anche a Biella.

Si configurano così 4 poli di riferimento in cui sono presenti il servizio di oncologia, il servizio di radioterapia con area protetta, il servizio di medicina nucleare e il servizio di anatomia patologica. Inoltre una o più chirurgie generali di ciascuna delle sedi ospedaliere interessate devono essere orientate specificamente sui problemi posti dall'intervento sulla neoplasia ed assicurare la massima qualità, sia dal punto di vista delle tecniche che delle attrezzature.

Anche il laboratorio ed altri servizi diagnostici devono essere particolarmente orientati (vedi tab. 3) tenendo conto degli specifici indirizzi di piano del settore; e tutti i servizi presenti nel polo devono assicurare le necessarie consulenze polispecialistiche, anche qui specificamente orientate.

Nel caso delle specialità chirurgiche ciò si spingerà fino a realizzare anche interventi in associazione.

La funzione fondamentale e prioritaria del polo di riferimento è assicurare la necessaria consulenza alle U.S.L. del territorio di competenza. Tale consulenza deve essere svolta, in prima istanza, attraverso il servizio di oncologia con proiezione diretta degli operatori di tale servizio nel territorio delle U.S.L. servite, a scadenze prefissate e su chiamata.

Le consulenze interdisciplinari ulteriori per casi già selezionati verranno assicurate presso il polo di riferimento.

Affinché ciò possa essere praticamente realizzato occorre un dettagliato coordinamento, attraverso programma, dei servizi di ogni U.S.L., coinvolti nel programma oncologico; la consulenza si configura quindi come consulenza all'U.S.L. per il problema e non ai singoli sanitari per il singolo caso.

Tale programma di coordinamento deve puntare alla massima periferizzazione dell'intervento compatibile con le esigenze tecniche e conferire precise responsabilità a tutti gli operatori, sia di base che dei normali servizi integrativi dell'U.S.L.

In particolare il medico di base deve:

a) partecipare all'indagine epidemiologica, alla diagnosi precoce di prevenzione;

b) dedicarsi, unitamente ai medici dell'area specialistica, alla più corretta assistenza del paziente neoplastico a cui partecipa personalmente;

c) partecipare ad attività di aggiornamento e perfezionamento.

Gli specialisti dell'area integrativa di ogni U.S.L. devono:

a) garantire consulenze ambulatoriali di primo livello al medico di base;

b) garantire le necessarie attività di programmazione e coordinamento di U.S.L.;

c) assumersi il carico terapeutico diretto, totale o parziale, dei casi, di concerto con i consulenti del polo di riferimento, compresa la fase di riabilitazione e di controllo a lungo termine.

La seconda funzione del polo di riferimento è il trattamento diretto di casi provenienti dal territorio di competenza: per il necessario intervento da parte di servizi presenti solo nel polo (radioterapia: 30/50% pazienti con neoplasia) o per la particolare complessità, instabilità o gravità del caso.

Attenzione massima deve essere posta tuttavia per questa seconda funzione all'evitare di vicariare indebitamente, con attività dirette, i servizi dell'U.S.L. cui il polo assicura il supporto.

La estensione maggiore possibile va inoltre data *al regime ambulatoriale e di ospedale di giorno*, onde ridurre al minimo le necessità di ricovero ospedaliero.

Per la gestione di un tale complesso sistema si pone in primo piano la necessità di dipartimentalizzazione dei servizi coinvolti nell'attività oncologica del polo di riferimento, nell'ambito dell'area internistica e quindi con la medicina generale.

Ciascuno dei poli presenta notevoli differenze strutturali e non sono avanzabili, in prima istanza, modelli prescrittivi di dipartimentalizzazione dell'area internistica.

Va tuttavia realizzata immediatamente:

a) la gestione interdisciplinare dell'ambulatorio e dell'ospedale di giorno;

b) la disponibilità sempre interdisciplinare di posti letto di ricovero, ricavati nell'area internistica, che, in prima approssimazione, si configurano, in ciascuno dei poli tranne Torino, nelle dimensioni di una sezione. La gestione dipartimentale dei medesimi può essere assicurata, in attesa del dipartimento internistico, all'interno del DEA.

Il problema del polo di Torino dovrà essere affrontato nel progetto « ospedali e poliambulatori torinesi » di cui all'allegato 1 del presente piano.

Le altre funzioni del polo di riferimento – coordinamento, applicazione protocolli, insegnamento, ricerca, partecipazione alla verifica di efficacia – discendono direttamente dalle attività di supporto così come si sono configurate.

Va sottolineata la necessità di prevedere frequenze, a scopo formativo, degli operatori delle U.S.L. servite, presso le strutture del polo.

La verifica di efficacia si attua essenzialmente con un accurato controllo a lungo termine e con l'osservazione epidemiologica.

5. FUNZIONI REGIONALI

Le funzioni regionali, in questa fase, si possono sintetizzare:

1) controllo delle risorse attuali e verifica delle strutture;

2) promozione e coordinamento del riassetto del settore oncologico tramite l'attività diretta dell'Assessorato competente;

3) messa a regime dell'osservatorio epidemiologico attraverso l'istituzione dell'apposito servizio che recuperi le precendi validissime esperienze del Registro tumori per il Piemonte e Valle d'Aosta;

4) standardizzazione e coordinamento scientifico tramite l'istituzione del Consiglio Regionale di Sanità ed i rapporti con l'Università;

5) addestramento di tecnici citologi;

6) istituzione centri di prelievo, riorganizzando allo scopo strutture di ospedali e ambulatori.

6. PROBLEMA DELLA RIABILITAZIONE ONCOLOGICA E DELLA ASSISTENZA AI MALATI INCURABILI O IN FASE TERMINALE

La riabilitazione dei pazienti curati per neoplasia costituisce un momento molto rilevante dipendendo da essa il reinserimento dei soggetti nella vita comunitaria produttiva.

La riabilitazione deve assicurare il recupero fisico, fun-

zionale e psicologico di individui che, in seguito ad intervento chirurgico, hanno perduto organi come la laringe, la mammella, il retto, la mandibola, e le estremità; o che, a seguito di trattamenti chemioterapici e radioterapici abbiano sviluppato lesioni suscettibili di trattamento riabilitativo.

Ciò comporta specifica attenzione a tutti gli aspetti dell'intervento: riabilitazione propriamente detta, protesi ed altre prestazioni integrative, assistenza sociale, addestramento e motivazione psicologica del soggetto ecc., tutti elementi fondamentali del programma di attività di ogni U.S L.

Un ulteriore e particolare problema riguarda il trattamento e l'assistenza dei malati considerati incurabili o in fase terminale. Le direttive di piano prescrivono che in tale caso ci si debba avvalere di ogni tipo di assistenza di cui si possano giovare tali pazienti nei normali servizi, secondo quanto indicato nel punto dell'allegato 1 sulle lungodegenze, senza la creazione di reparti ad hoc.

Deve assumere particolare rilievo tuttavia anche in questo caso l'assistenza domiciliare la quale ha, in questi soggetti, caratteristiche molto particolari,

Bisogna infatti partire da un coinvolgimento delle famiglie mediante opportuni supporti (anche economici) ed assicurare a livello domiciliare attività sanitarie mediche e paramediche, anche non semplici.

Le esperienze in atto della città di Torino, promosse ed organizzate dall'associazione delle famiglie di malati neoplastici con l'aiuto dei servizi e delle autorità locali dimostrano la peculiarità di tale modello nel sollevare, per quanto possibile, le sofferenze del paziente facendolo sentire ancora partecipe della vita familiare e nell'assicurare un ruolo attivo e meno traumatizzante alle famiglie.

7. PROGRAMMA OPERATIVO E PRIORITA'

1) Attivazione servizio di oncologia incominciando ad utilizzare razionalmente i servizi già esistenti e collegamento dipartimentale dei servizi in ognuno dei quattro poli di riferimento.

2) Coordinamento tra operatori e servizio in ogni U.S.L., istituzione e regolamentazione della consulenza da parte dei servizi di oncologia, programma operativo compresa la riabilitazione e l'assistenza ai terminali.

3) Programma di formazione e informazione per le diverse figure professionali coinvolte comprendente frequenze programmate presso i poli di riferimento.

4) Attuazione del coordinamento regionale attraverso il Consiglio regionale di sanità, l'osservatorio epidemiologico e la promozione del riassetto dei servizi.

Allegato n. 16 alla legge per il piano socio-sanitario della Regione Piemonte per il triennio 1982-84

AZIONI CONTRO LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

La diffusione delle affezioni cardiovascolari ha raggiunto da tempo dimensioni tali da fare assumere ad esse caratteri di profonda rilevanza sociale; considerato anche che esse costituiscono la principale causa di morte nell'età adulta. Da ciò ne derivano due constatazioni: la prima che la rilevanza del problema è ormai tale da dover essere affrontata più nell'ottica della prevenzione che in quella della cura e la seconda che la lotta contro tali affezioni non può essere considerata competenza esclusiva degli specialisti e dei servizi specifici.

Di qui la necessità di individuare linee per una corretta azione di intervento che veda momenti differenziati nei quali intervengano operatori e servizi diversi, che devono tutti muoversi in una logica di coerenza, tenuto presente che oggi è possibile prevenire e controllare le varie forme di cardiopatie e soprattutto quelle a base coronarica.

Le attività di base, svolte dagli operatori di distretto, consentono, individuati i soggetti che presentano cardiopatie iniziali o ad elevato rischio coronarico, di sviluppare azioni preventive a lungo termine che richiedono ai medici di base di indicare ai singoli soggetti modelli comportamentali atti a migliorare le loro condizioni di salute.

Sui pazienti, già selezionati dai medici di base, che manifestano segni clinici di cardiovasculopatia, possono essere esercitate azioni di prevenzione secondaria, attuabili secondo metodiche sia mediche sia chirurgiche, svolte da specialisti di settore.

Appare evidente l'esigenza, per i medici di base, di disporre di un riferimento ordinato che si individua non solo e non tanto nella presenza del consulente cardiologo in sede poliambulatoriale, ma nel fatto che tale specialista non sia « un elemento isolato », ma venga inserito in un sistema organicamente collegato, il cui riferimento sia il *servizio cardiologico* con specifica competenza territoriale.

Tale servizio è ovviamente collocato in sede ospedaliera ed il piano triennale lo prevede presso tutti gli stabilimenti ospedalieri sede di D.E.A. di I livello e quindi in rete di riferimento comprensoriale.

Ad esso competono anche tutte le funzioni cardiologiche integrative territoriali a supporto dei medici di base nella U.S.L. in cui il servizio si trova collocato.

Nelle U.S.L. e rispettivi ospedali in cui il servizio non è previsto tali attività, come illustrato all'allegato 7, sono svolte da specialisti cardiologi inseriti nelle normali divisioni di medicina generale aventi a ulteriore supporto i servizi cardiologici in rete di riferimento comprensoriale territorialmente competenti.

Per servizio di cardiologia si intende non soltanto un gruppo di specialisti che svolge attività diagnostico-terapeutiche correnti, ma che dispone di una *unità di terapia intensiva coronarica* (4-6 posti), corredata di *letti di supporto per cure post-intensive*, in numero non superiore a 15.

Tale servizio deve eseguire gli esami poligrafico, ecocardiografico nonché elettrocardiografico durante sforzo calibrato ed elettrocardiografico dinamico.

In ogni ospedale generale, come già detto, nell'area internistica, occorrerà individuare uno o più sanitari che possano assicurare un primo riferimento specialistico per i servizi di base.

I servizi di cardiologia, fin qui descritti, hanno a loro volta, come ulteriore supporto, specifici *reparti di cardiologia* che trovano collocazione, prendendo atto dello stato di fatto, solo in alcuni comprensori.

Tali reparti, oltre a ricomprendere tutto ciò che caratterizza un servizio di cardiologia di riferimento comprensoriale ed a svolgerne le attività, hanno per compito il trattamento dei malati acuti che richiedano applicazioni terapeutiche particolari (quali il monitoraggio emodinamico di farmaci antiritmici, contro pulsazione aortica, elettrostimolazione permanente).

L'applicazione di tecniche diagnostiche di maggiore complessità (quali esame emodinamico del cuore destro e del cuore sinistro, coronarografia, ventricolografia, elettrocardiografia endocavitaria ed impianto dei pacemakers), sarà garantita nei 4 poli.

Va sottolineato che l'assistenza ospedaliera ai cardiopatici – compito al quale sono principalmente chiamate le divisioni di cardiologia e di cardiochirurgia – presenta oggi aspetti di grande novità.

Il trattamento delle affezioni coronariche, già di tradizionale competenza medica, tende ad assumere rilevanza, superata una doverosa fase sperimentale, come momento più spiccatamente chirurgico.

In questo momento di modificazione dell'uso degli strumenti di intervento tutte le precedenti valutazioni di fabbisogno sono entrate in crisi e non è più possibile fare riferimento ai soli parametri fino ad oggi usati nelle più diverse sedi, ivi compresa la Commissione Stefanini, sulle quali si sono basate tutte le valutazioni in materia.

Il fenomeno che investe oggi la cardiologia ha interessato in passato altre discipline e non è detto che, in futuro, non possa riguardare altri settori della medicina.

Di qui la necessità di operare, in questa come in altre materie, con necessaria cautela ed elasticità, cautela nel senso di non drammatizzare oltre il necessario i problemi ed elasticità nel senso di essere pronti ad operare i necessari interventi, fermo restando il principio che occorre correttamente qualificare sempre e dovunque l'azione dell'ospedale.

Tutto ciò richiede, per le alte specializzazioni, l'evitare la proliferazione dei centri di intervento, fino a che non sia stata verificata correttamente ogni necessità di loro moltiplicazione.

Ed è su questa linea che si muove la proposta di piano socio-sanitario triennale che non codifica un assetto rigido del sistema ospedaliero, ma, partendo dai dati conosciuti, individua tipo e quantità degli strumenti di risposta.

La previsione di sviluppare nel territorio regionale un sistema ospedaliero, che si fonda, oltre ai reparti e servizi predetti, su 1 polo di cardiochirurgia a Torino, pone le basi per l'organizzazione di una corretta risposta alla specifica domanda emergente.

Per quanto riguarda in particolare la cardiochirurgia, nel polo di Torino vengono confermati sia il centro di *cardiochirurgia infantile (con un potenziale di 150 interventi/anno)* sia il centro Blaloch che nell'attuale assetto ha raggiunto nel 1980 545 interventi.

L'ampliamento della rianimazione del Blaloch consente non solo di stabilizzare il suo potenziale, ma costituisce altresì la base per un aumento della sua attività, stimabile nell'ordine del 15-20 per cento.

La prospettiva di piano è assicurare le presenze di reparti di cardiochirurgia in ognuno dei quattro quadranti (Alessandria, Cuneo, Novara e Torino).

A tal fine, entro il 1° semestre 1982, la Regione provvederà a programmare la formazione di operatori di settore, processo che è senz'altro meno rapido di quello dell'assunzione degli spazi edilizi e delle attrezzature necessarie.

Allegato n. 17 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

SVILUPPO DELLA RIABILITAZIONE

Nell'assetto ospedaliero tradizionale il servizio di recupero e riabilitazione funzionale era previsto, in conformità della legge ospedaliera, solo negli ospedali classificati generali regionali o specializzati, regionali e provinciali, di alcune discipline.

L'osservazione dell'andamento delle problematiche porta a considerare che, essendo l'azione riabilitativa tanto più efficace quanto più anticipata, un servizio specifico deve esistere in tutte le strutture di ricovero per malati acuti. Di qui la introduzione del servizio di recupero e rieducazione funzionale in tutti gli stabilimenti ospedalieri.

Compito primario di tale servizio è quello di prevenire l'invalidità, ferma restando la sua competenza a trattare le eventuali situazioni deficitarie (motorie, sensoriali o psichiche) determinatesi nell'ambito di una o più funzioni dell'organismo umano.

Deve anche osservarsi che l'attività riabilitativa che inizia senza dubbio nell'ospedale deve poter essere proseguita nel territorio, nelle forme ambulatoriali ed ove possibile domiciliari, al fine di evitare il trattenimento del riabilitando nell'ospedale.

Va sottolineata l'importanza della continuità d'intervento per la garanzia che esso assume nell'intento di risolvere positivamente la maggior parte della casistica. Ne consegue la necessità di introdurre correlazioni organiche tra operatori intraospedalieri ed operatori extraospedalieri che postula l'opportunità di non prevedere « ruoli » separati o nel territorio o nell'ospedale, ma di operare secondo meccanismi di rotazione ed avvicendamento sia nello stabilimento ospedaliero, sia nei poliambulatori e sia, infine ed ove necessario e possibile, al domicilio.

L'obiettivo da perseguire – e che richiederà per il suo raggiungimento tempi più lunghi del triennio – è quello di attuare un servizio in ogni U.S.L.

Nella fase di transizione – che eredita servizi ospedalieri e servizi ex-mutualistici – vanno ricercate opportune modalità operative al fine di pervenire con la necessaria gradualità, alla unicità del servizio in ogni U.S.L.

L'assetto a regime prevede che, in ogni U.S.L., nella sede dell'ospedale generale unico, abbia sede il servizio di recupero e rieducazione funzionale, unico, di regola, per tutte le discipline.

Nel territorio si proiettano equipes riabilitative che operano nell'ambito della stessa U.S.L. o di altra U.S.L. viciniore quando essa risulti priva di stabilimento ospedaliero o, in via transitoria, del servizio specifico.

Per quanto riguarda le particolarità della riabilitazione in età evolutiva si rinvia al programma « Prevenzione dell'handicap e assistenza degli handicappati » in cui sono contenute le linee direttive da adottarsi.

Le attività dei servizi di recupero e rieducazione funzionale richiedono la presenza di operatori, sia medici, sia paramedici. Gli operatori medici, provenienti da specifiche scuole universitarie di specializzazione, sono di formazione extraregionale, essendo recentissima l'apertura di una scuola presso l'Università di Torino, con limitate dotazioni di posti, fatto questo che induce a promuovere, presso l'Università stessa, la revisione dei posti fissati (8 per anno), che non consentirebbero, in un periodo ragionevolmente contenuto, di soddisfare il fabbisogno di specialisti.

I contatti con l'Università potranno essere anche estremamenti proficui per approfondire il programma didattico della specializzazione in relazione alle linee di piano.

Gli operatori paramedici, tecnici della riabilitazione (terapisti, logopedisti, ortottisti) e, per quanto di loro competenza i massofisioterapisti, vedenti e non vedenti, provengono da scuole apposite: i tecnici della riabilitazione dalle scuole site nel capoluogo di regione, i massoterapisti non vedenti da scuole extraregionali e quelli vedenti da sanatoria previo esame.

Quest'anno hanno iniziato la loro attività le scuole per terapisti di Novara e di Cuneo, nel prossimo anno prenderà avvio la scuola di Alessandria. Si prevedono scuole per logopedisti e per massofisioterapisti, una per ognuno dei quattro quadranti nei quali il piano suddivide, a fini di riequilibrio, il territorio regionale, e per ortottisti nel capoluogo di regione ampliando la limitata attività didattica di recente iniziata presso l'Università.

L'obiettivo del triennio è quello di disporre di almeno un servizio per comprensorio, così localizzato:

U.S.L. 1–23 (Ospedali: Molinette, C.T.O., Mauriziano, Martini Nuovo, Astanteria Martini, Maria Vittoria).
U.S.L. 25 (Ospedale di Rivoli)
U.S.L. 32 (Ospedale di Moncalieri)
U.S.L. 39 (Ospedale di Chivasso)
U.S.L. 40 (Ospedale di Ivrea)
U.S.L. 44 (Ospedale di Pinerolo)
U.S.L. 45 (Ospedale S. Andrea di Vercelli)
U.S.L. 47 (Ospedale di Biella)
U.S.L. 49 (Ospedale di Borgosesia)
U.S.L. 51 (Ospedale di Novara)
U.S.L. 54 (Ospedale di Borgomanero)
U.S.L. 55 (Ospedale di Verbania)
U.S.L. 56 (Ospedale di Domodossola)
U.S.L. 58 (Ospedale di Cuneo)
U.S.L. 61 (Ospedale di Savigliano)
U.S.L. 64 (Ospedale di Bra)
U.S.L. 65 (Ospedale di Alba)
U.S.L. 66 (Ospedale di Mondovì)
U.S.L. 68 (Ospedale di Asti)
U.S.L. 70 (Ospedale di Alessandria)
U.S.L. 73 (Ospedale di Novi Ligure)
U.S.L. 75 (Ospedale di Acqui Terme)
U.S.L. 76 (Ospedale di Casale Monferrato)

Tali servizi possono disporre di letti di appoggio presso le divisioni dello stabilimento ospedaliero e, in caso di necessità, di letti propri in numero non superiore a 5.

È data facoltà alle singole U.S.L., con la consulenza e l'appoggio dei responsabili dei servizi di riferimento comprensoriali sopraelencati, di avviare nel triennio di piano la costruzione del proprio servizio di recupero e riabilitazione funzionale. Tale avvio deve in ogni caso costituire elemento di riaggregazione unitaria, opportunamente graduata, dei tecnici di riabilitazione e delle dotazioni strumentali attualmente a disposizione di reparti e servizi diversi dal servizio di recupero e riabilitazione funzionale previsto a regime.

Presso i seguenti ospedali (Molinette, C.T.O., Mauriziano, Pinerolo, Novara, Vercelli, Cuneo, Casale Monferrato e Alessandria) il servizio di recupero e riabilitazione funzionale può disporre di letti propri, in numero non superiore a 15, per il trattamento di casi complessi attinenti soprattutto le sequele di alterazioni neuromotorie.

Presso tutti gli altri ospedali della rete regionale il servizio di recupero e riabilitazione funzionale deve avvalersi unicamente di letti di appoggio di volta in volta individuati e collocati presso i singoli normali reparti, in modo da consentire una contestuale presa in carico dei casi sia dal punto di vista clinico che riabilitativo.

Allegato n. 18 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

1. PREMESSA

La tutela della salute mentale del 1° piano triennale si caratterizza per due aspetti salienti:

1) lo sviluppo dei servizi territoriali;

2) il superamento della istituzione manicomiale.

Entrambi sono intrinsecamente correlati si che il primo è il presupposto per la realizzazione del secondo.

2. SVILUPPO DEI SERVIZI TERRITORIALI

2.1. Servizi di salute mentale

I servizi per la salute mentale svolgono i compiti seguenti.

1) Concorrere con gli altri servizi ed operatori ad attività di prevenzione e cura e riabilitazione, privilegiando il momento preventivo ed operando « in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche e di favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici » (art. 2, punto g), legge 833/78).
Compito di tutti gli operatori per la salute mentale è di collegarsi funzionalmente e/o integrarsi con gli altri servizi della U.S.L. in modo da evitare per quanto possibile di costituirsi come sistema in cui l'utente entra come in un circuito chiuso, e invece in modo da favorire l'integrazione sociale dell'utente e la sua autonomia.

2) La partecipazione all'attività distrettuale, garantendo un apporto continuativo degli operatori psichiatrici a ricerche comuni sulla condizione specifica o generale della salute mentale dei cittadini e sulla verifica dei rischi; coadiuvando nelle modalità più opportune le iniziative di socializzazione dell'assistito negli spazi e nei gruppi a livello di base; collaborando ad una corretta analisi della domanda sanitaria e sociale, evitando che l'affermazione della competenza del servizio si traduca in rifiuto di consulenza e di partecipazione anche nel distretto, ferma restando la collocazione di secondo livello del servizio.

3) La predisposizione con gli altri servizi della U.S.L. (in particolare quelli che si occupano di handicappati, di anziani, di tossicodipendenti ed i servizi socio assistenziali) di piani di intervento e di programmazione relativi al funzionamento di strutture e servizi in rapporto alla loro possibile nocività in tema di salute mentale.

4) La conduzione di ricerche sull'emarginazione, sulla devianza e sulle forme precoci di espulsione dalle strutture della socializzazione e interventi attivi nelle stesse e negli istituti per anziani e per handicappati allo scopo di favorire i processi di deistituzionalizzazione e di partecipazione degli utenti.

5) Gli interventi propri, diagnostico terapeutici a livello di ambulatorio e domiciliare, garantendo la consulenza anche in loco agli operatori distrettuali.

6) Gli interventi di appoggio alle famiglie di utenti, garantendo tutti i provvedimenti indispensabili per evitare « l'abbandono » degli utenti stessi in collaborazione con il medico di base.

7) Gli interventi continuativi ovvero saltuari nell'ambito delle necessità delle singole specifiche situazioni, nei servizi residenziali o nelle strutture riabilitative della U.S.L. in cui sono inseriti utenti dei servizi di salute mentali compresi i dimessi da ospedale psichiatrico.

8) Gli interventi di programmazione e di gestione delle dimissioni degli attuali degenti ed ospiti degli ospedali psichiatrici in collegamento con le équipes ospedaliere ed i servizi sociali.

9) Gli interventi sull'urgenza psichiatrica devono essere effettuati a livello di D.E.A. (Dipartimento Emergenza e Accettazione), in stretta integrazione con gli altri servizi del Dipartimento, secondo modalità organizzative rispondenti agli effettivi bisogni dell'utenza ed alle proposte tecniche che i Consigli di Dipartimento faranno alle U.S.L.

10) La gestione dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, mediante la partecipazione di tutti gli operatori assegnanti alle U.S.L. afferenti i singoli servizi ospedalieri, secondo turni (specie per quanto riguarda gli infermieri) che ne prevedano la piena utilizzazione.

11) La gestione e la consulenza nei casi di persone ricoverate in normali strutture ospedaliere che non presentano prevalenti disturbi psichici ovvero in letti non strutturati negli ospedali generali.

Gli strumenti a disposizione dei servizi di salute mentale sono:

A. *L'ambulatorio*

Inserito nel presidio poliambulatoriale della U.S.L.

I locali ad esso adibiti devono consentire l'espletamento di visite mediche, colloqui ad utenti individuali ed attività di gruppo.

L'orario di apertura degli ambulatori verrà indicato dalle singole U.S.L. secondo le reali esigenze dell'utenza. Durante l'orario di apertura deve essere garantita la presenza in servizio di almeno un medico e due infermieri. Nelle fasce orarie in cui maggiormente si manifesta la domanda dell'utenza deve essere inoltre garantita la presenza di personale adeguato.

B. *Strutture residenziali*

Con le tipologie previste dal piano, comunità alloggio (con caratteristiche anche di pronto intervento) e case protette dovranno essere assicurate le necessarie disponibilità in regime di residenzialità tutelare. Tali disponibilità devono essere realizzate all'interno delle normali strutture delle U.S.L. per tutti i bisogni di residenza protetta ma reperiti in maniera adeguata alle necessità e specificità dei singoli ospiti e con il necessario intervento specialistico del servizio territoriale per la salute mentale assumendo quindi anche la forma di comunità terapeutiche.

Nei quattro poli di quadrante per le funzioni di riferimento, dovrà essere realizzata, in via sperimentale, una struttura assistenziale per soggetti che non necessitino di un trattamento sanitario ospedaliero, con possibilità di pernottamento per periodi brevi, in alternativa al ricovero con gli spazi, i servizi e gli organici necessari per la copertura delle 24 ore.

Analoga attività dovrà essere svolta, di regola, nei Comuni già sedi di ospedali psichiatrici.

2.2. Servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura

Premesso che gli articoli 33 e 34 della legge 23-12-1978, n. 833, prevedono il ricovero al trattamento sanitario obbli-

gatorio per malattia mentale in condizioni di degenza ospedaliera nel caso in cui ricorrano particolari condizioni di gravità e d'urgenza, occorre che l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi in questione rispondano all'esigenza di garantire lo sviluppo del potenziale operativo dei servizi di salute mentale territoriali. Si conferma che il numero dei posti letto dei servizi di diagnosi e cura non deve essere superiore a 15 ed i servizi stessi debbono essere collocati negli ospedali sede di dipartimento di emergenza ed accettazione; in un discorso di prospettiva più ampia, tendenzialmente potrà essere operata una progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri anche in rapporto all'istituzione ed al miglior funzionamento dei servizi territoriali ed alla organizzazione dipartimentale dell'ospedale generale come previsto dall'art. 17 della legge 833/78; in questa fase è necessario sottolineare le modalità di funzionamento affinché non si verifichino processi di separazione fra l'attività dei servizi di diagnosi e cura, gli altri servizi ospedalieri e quelli operanti sul territorio.

Entro il primo anno di piano si dovrà effettuare la verifica della fase sperimentale dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura presso i DEA e dovrà essere presentata una legge organica per la tutela della salute mentale.

La gestione dei servizi in questione deve essere effettuata utilizzando il personale di tutti i servizi di salute mentale facenti riferimento al servizio ospedaliero, ferme restando le competenze a norma del D.P.R. 27-3-1969, n. 128, del medico responsabile e vice responsabile già precedentemente individuati o da individuarsi nell'ambito dei sanitari assegnati alle U.S.L. afferenti.

Le necessità di funzionamento del servizio devono essere garantite con la presenza continuativa nelle 24 ore di due infermieri con possibilità di integrazione con altri operatori in caso di necessità.

L'assunzione in carico di ciascun paziente ricoverato deve essere effettuata da parte del servizio di salute mentale di residenza del paziente stesso, che deve collaborare con l'équipe ospedaliera per le esigenze della degenza.

La stretta integrazione con tutti gli altri servizi dell'ospedale che si attua mediante la consulenza dell'équipe psichiatrica nei casi di competenza e, tendenzialmente, mediante l'utilizzo degli spazi ospedalieri per ricoveri di persone in trattamento volontario.

L'impegno degli operatori è diretto ad ottenere la collaborazione attiva del degente sul programma terapeutico che dovrà comunque essere improntato a rispetto della dignità della persona e dei suoi diritti civili.

Le U.S.L. dovranno operare per ridurre il ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità che saranno suggerite da una periodica verifica delle caratteristiche qualitative e quantitative del trattamento stesso. Ciò sia per quanto riguarda gli aspetti organizzativi del servizio sia per quanto riguarda l'aspetto soggettivo che si esprime nel rifiuto del consenso e della partecipazione da parte di chi è obbligato al trattamento sanitario obbligatorio. La Regione – anche con specifici strumenti informativi – curerà a che possa svilupparsi una esauriente verifica periodica ed un confronto con la collettività su questi temi.

2.3. Gli operatori per la salute mentale

Le figure prevedibili nell'équipe per la salute mentale sono:

a) il medico psichiatra;

b) lo psicologo;

c) l'infermiere (attuale psichiatrico riqualificato ad esaurimento, in prospettiva infermiere professionale orientato in integrazione e modifica degli attuali programmi di insegnamento).

I parametri da adottare in prima istanza per il dimensionamento dei servizi di U.S.L., sono i seguenti:

1 medico ogni 15.000 abitanti, con un minimo di tre per le U.S.L. a scarsa popolazione sino ad un massimo di 5 per le U.S.L. con popolazione oltre i 70.000 abitanti.

Per quanto attiene il personale con qualifica di psicologo viene previsto 1 operatore per le U.S.L. sino a 70.000 abitanti e 2 per quelle con popolazione superiore, più le necessità del settore materno infantile e di riabilitazione dell'handicappato che dipendono da programmi di attività dei singoli settori. Il parametro relativo agli infermieri prevede, di norma, 1 operatore ogni 5.000 abitanti, con un minimo di 6 per le U.S.L. con popolazione inferiore ai 30.000 abitanti sino ad un massimo di 18 per le U.S.L. con popolazione superiore ai 90.000 abitanti.

Essenziale è l'integrazione della équipe con l'attività di operatori socio-assistenziali, le cui necessità devono essere contemplate e soddisfatte nei programmi riguardanti il servizio socio-assistenziale della U.S.L.

3. SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI

La dimensione del fenomeno impone una strategia di interventi graduali secondo due direttive:

a) programma di dimissione con ritorno dei ricoverati alle comunità di origine;

b) destrutturazione dei complessi ospedalieri psichiatrici mediante il completo superamento della organizzazione interna degli stessi.

La prima direttiva è contestuale allo sviluppo dei servizi territoriali ma necessita di un programma specifico a scadenze annuali.

La seconda direttiva si attua secondo i seguenti indirizzi:

– costituzione entro il 30-12-1982 dell'area socio-sanitaria intra ospedaliera ad esaurimento, con contestuale formalizzazione degli spazi di ospitalità e della condizione di ospite;

– avvio prioritario del programma di dimissione degli ospiti di tale area verso i normali settori assistenziali della U.S.L. secondo quanto esposto nell'allegato 14 del presente piano;

– ristrutturazione graduale, comunque, di tutta l'area di degenza in comunità ospiti.

3.1. Comunità ospiti

Sono strumenti essenziali dello spazio socio-sanitario la cui sperimentazione è stata effettuata con risultati che si possono senz'altro definire buoni presso gli ospedali psichiatrici di Torino. Le comunità in questione devono essere realizzate nei locali precedentemente utilizzati dai servizi manicomiali (ex reparti, alloggi per il personale) ai quali devono essere apportate le necessarie minime modifiche strutturali per renderli più accoglienti sotto il profilo abitativo.

Nelle comunità ospiti abitano persone da non ritenersi più nella condizione di ricoverati, mentre la condizione di ospitalità può riguardare anche altre persone non più bisognose di assistenza di tipo ospedaliero per le quali sia possibile attrezzare degli spazi abitativi provvisori all'interno dell'area socio-sanitaria.

È evidente che tutti gli spazi dell'ospitalità devono essere utilizzati in via temporanea dagli ex ricoverati, in previsione di un loro ritorno nel territorio di origine.

L'organizzazione delle comunità ospiti deve intanto prevedere la convivenza di un numero di persone, di norma, non superiore alle 15-20 unità.

La organizzazione e la gestione dei programmi di lavoro delle comunità ospiti presuppone, tra l'altro, la creazione di possibilità di uscita sul territorio degli ospiti.

Contestualmente si dovranno avviare momenti di lavoro collegato fra le équipes dell'area socio-sanitaria ad esaurimento degli ex ospedali psichiatrici e quelle educative e riabilitative del territorio allo scopo di:

– verificare la metodologia di intervento su problemi analoghi (deistituzionalizzazione di soggetti handicappati dagli ospedali e da istituti di ricovero);

– curare che gli sbocchi organizzativi non risultino separati, contrastanti o sovrapposti;

– radicare l'intervento, in modo integrato, a specifici territori di riferimento: distretto, quartiere, U.S.L.

Allegato n. 19 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

PREVENZIONE DELL'HANDICAP ED ASSISTENZA DEGLI HANDICAPPATI

1. PREMESSA

L'attività di cui al presente allegato si riferisce alle persone che, per cause morbose o traumatiche pre-peri-post natali, presentino menomazioni delle condizioni fisiche, psichiche o sensoriali, con conseguente incapacità o difficoltà ad essere autosufficienti e ad autodeterminarsi convenientemente.

Non vengono qui considerati i soggetti svantaggiati dal punto di vista socio-ambientale, pur non disconoscendo le influenze che le condizioni esterne (familiari, sociali, ambientali) possono esercitare sullo stato psichico della persona; per cui ogni attività rivolta a evitare stati di carenza, di conflitto o di emarginazione, di cui si facciano carico i servizi socio-sanitari dell'U.S.L., può essere considerato come rientrante nella prevenzione dell'handicap. Gli obiettivi generali di una politica in favore dei soggetti di cui al primo comma si possono così riassumere:

1) prevenzione, diagnosi e riabilitazione precoce, per garantire il minor danno e il massimo recupero dell'autonomia del soggetto handicappato;

2) raggiungimento dell'autonomia e dell'integrazione nel contesto sociale, scolastico e lavorativo;

3) mantenimento dell'handicappato nel proprio contesto abitativo e sociale, mediante misure, servizi e prestazioni idonee, a partire dal sostegno alle famiglie in cui sono presenti soggetti handicappati.

Per i soggetti che risultino impossibilitati a rimanere, temporaneamente o permanentemente, nel loro nucleo familiare o per i quali siano impraticabili interventi quali l'assistenza domiciliare, l'affidamento educativo, l'adozione speciale, ecc. si prevedono servizi residenziali, in grado di fornire interventi qualificati.

Va rilevata, inoltre, la necessità di considerare i soggetti portatori di handicaps nella loro specifica individualità e soprattutto di non cadere in semplicistiche generalizzazioni. La stessa maturazione della coscienza civile, che porta ad una più aggiornata valutazione del problema anche attraverso sollecitazioni di iniziativa pubblica (v. per es. l'anno dell'handicappato proclamato dall'O.N.U. per il 1981) rischia di accentuare la tendenza a considerare gli handicappati come appartenenti ad una categoria unica indifferenziata, nei confronti della quale si pongono obiettivi globali e non articolati; il che, se è giusto a riguardo del diritto di tutti alla pari dignità personale, diventa ingiustizia a danno degli stessi handicappati qualora si manifesti nell'uniformità delle metodologie di trattamento e degli obiettivi proposti, indifferentemente dalle possibilità dei singoli.

2. PREVENZIONE, DIAGNOSI E RIABILITAZIONE PRECOCE

2.1.

Fermo restando che la prevenzione di tutte le cause invalidanti rientra nel concetto generale di tutela della salute che costituisce il presupposto di tutta la riforma sanitaria è opportuno però puntualizzare quali attività preventive devono essere prevalentemente perseguite nella specifica problematica dell'handicappato.

Pertanto si possono disarticolare su due grandi fasce di età gli interventi:

1) popolazione in età evolutiva (0-18 anni);

2) popolazione adulta.

Per quanto riguarda la popolazione in età evolutiva la prevenzione deve fare riferimento a quanto contenuto nel progetto di tutela materno-infantile, specie nei riguardi della problematica dei rischi, collettivi, individuali, ambientali da lavoro rispetto ai quali l'adozione di misure idonee trascende spesso l'opera dei servizi sanitari e socio-assistenziali ma da cui deve ricevere precisi contenuti di conoscenza.

All'interno di tale programma occorrerà sottolineare nei riguardi della prevenzione degli handicaps:

1) attenzione alle dinamiche relazionali nella direzione di ridare alla coppia il senso della nascita come evento « naturale » e nello stimolare quindi un ruolo attivo di essa attraverso una continua e corretta informazione e preparazione ad ogni evenienza;

2) speciale attenzione alla diagnosi precoce, di danni neurologici e turbe sensoriali dei neonati;

3) protezione della relazione precoce madre-bambino e famiglia-bambino, sostegno psicologico alla madre e alla famiglia in caso di particolari situazioni (gravidanza rischio, ecc.).

Nel caso di neonato o bambino con sospetto di handicap la diagnosi va accuratamente precisata:

a) dal lato clinico generale;

b) dal lato neuro-sensoriale in senso stretto, tenuto conto soprattutto di non quantizzare mai i deficit bensì le possibilità di recupero;

c) dal lato delle dinamiche relazionali all'interno della famiglia.

Per quanto concerne la prevenzione dell'handicap nell'età adulta particolare attenzione và posta nell'attuazione delle attività previste:

A) nel progetto per la tutela della salute dei lavoratori soprattutto riguardo all'individuazione dei rischi, al controllo degli esposti, al rispetto delle misure antinfortunistiche, ecc.;

B) nel completo funzionamento dei DEA di I e II livello per l'intervento precoce tempestivo sugli infortunati compresa la riabilitazione in fase acuta;

C) nell'educazione sanitaria mirata in particolare alla riduzione dei rischi, alla prevenzione di malattie invalidanti e degli infortuni.

2.2.

Il problema della riabilitazione nel programma per gli handicappati deve innanzitutto considerare le problematiche specifiche dei soggetti cui l'intervento è rivolto.

È indispensabile quindi sottolineare la problematica dell'handicap in età evolutiva rispetto a quella generale di tutta la riabilitazione.

La diagnosi molto più complessa in età evolutiva e richiedente approfondimenti successivi che coinvolgono spesso diverse discipline mediche in tempi a volte lunghi, porta la diagnosi stessa ed il trattamento ad essere contemporanei e orientati comunque verso gli aspetti relazionali che nel bambino piccolo assumono un'importanza prevalente.

In età evolutiva infatti ogni disturbo neuro-funzionale ed organico è intimamente correlato all'aspetto relazionale perché non vi è atto motorio che non sia finalizzato al raggiungimento di uno scopo e fondato quindi sulla motivazione ad agire.

Spesso quindi in età evolutiva ad una disabilità di tipo

fisico si sovrappone un handicap psicologico e di conseguenza frequentemente è difficile stabilire la correlazione e prevalenza di un aspetto sull'altro.

In questa fase della vita quindi, molto di più che nelle altre, è opportuno tenere nella dovuta considerazione che la riabilitazione non deve essere vista prevalentemente come recupero o acquisizione di una funzione di un particolare distretto organico ma come un complesso di interventi medici e non medici tra loro strettamente collegati ché concorrono insieme alla promozione del completo sviluppo psico-fisico del soggetto.

Si tratta quindi di individuare le figure professionali che in un lavoro interdisciplinare devono giungere ad una sintesi diagnostica che consenta la formulazione di un processo riabilitativo completo razionale e individualizzato.

Il controllo sulla conduzione del processo avviene all'interno dello stesso gruppo di lavoro che di volta in volta potrà individuare la prevalenza di certi tipi di intervento su altri e non corre in tale modo il rischio di stereotipare l'intervento in funzione della figura professionale che lo conduce, ma potrà individuare costantemente il reale bisogno sia sotto l'aspetto del recupero funzionale che sotto quello relazionale.

La riabilitazione del minore spetterà quindi ad operatori specificatamente preparati ed operanti totalmente o prevalentemente su bambini, inquadrati tuttavia nei reciproci servizi (riabilitazione, tutela salute mentale, altri servizi per l'infanzia) e coordinati nel dipartimento materno-infantile.

Le attività di riabilitazione che essi realizzano devono avere una distribuzione territoriale che le renda il più possibile accessibili e devono anche prevedere interventi domiciliari.

La loro peculiarità è l'interdisciplinarietà e il collegamento continuo con le strutture educative del territorio per realizzare il programma di riabilitazione globale e quindi anche di inserimento sociale e scolastico.

Le figure professionali che devono prevalentemente concorrere all'attuazione delle attività di riabilitazione per l'infanzia (oltre al pediatra e gli altri operatori distrettuali per l'infanzia per il necessario rapporto con la famiglia), sono il neuropsichiatra infantile, il fisiatra, il terapista della riabilitazione, il logopedista, lo psicologo che si avvarranno di volta in volta di consulenze specialistiche individuate prevalentemente nell'ortopedico, nell'oculista, nell'otorinolaringoiatria, etc.

Va sottolineato il ruolo fondamentale da conferire alla famiglia quale effettore del processo riabilitativo impostato dai tecnici.

È chiaro però che la famiglia stessa deve essere adeguatamente sostenuta, informata e guidata nell'espletamento di tale ruolo.

Per quanto concerne il problema dell'handicappato adulto si ritiene di dover ancora distinguere tra handicappato « divenuto adulto » per il quale si deve supporre che gli interventi riabilitativi possibili siano stati già effettuati in precedenza e che pertanto si debba parlare prevalentemente di terapia di mantenimento e handicappato divenuto tale in età adulta a seguito di eventi di varia natura (malattia, incidente, ecc.).

In questi casi si può affermare che nel processo riabilitativo, inteso comunque come fatto globale e quindi in stretta interrelazione con interventi sociali appositi (reinserimento lavorativo e sociale), prevalgono gli aspetti rivolti al recupero funzionale e all'adattamento dell'individuo alla disabilità.

Inoltre è opportuno sottolineare come si debba porre particolare attenzione all'obiettivo primario e fondamentale di perseguire nella misura massima possibile il recupero funzionale affinché diminuisca il bisogno di intervento sociale che spesso si innesta su una mancata e inadeguata azione di medicina fisica e di riabilitazione.

Se quindi attraverso la prevenzione si tende a ridurre il numero dei disabili è attraverso un'adeguata rete di servizi di recupero e di rieducazione funzionale che si deve perseguire la riduzione del grado di disabilità con conseguente restituzione all'individuo delle sue capacità.

Per la specificazione delle modalità di attuazione di detti servizi si rimanda a questo contenuto nel programma finalizzato riguardante la riabilitazione.

3. INSERIMENTO NELLE STRUTTURE EDUCATIVE SCOLASTICHE E ZONALI (0-14 ANNI)

3.1. Premessa

Presupposto essenziale per attuare l'educazione e la riabilitazione del bambino portatore di handicaps è, per quanto è possibile, il suo inserimento nelle normali strutture dell'infanzia.

Questo implica una trasformazione delle strutture educative in modo che esse siano sempre più volte ad un intervento globale e flessibile tenendo conto delle diverse esigenze individuali che sono radicalmente differenziate nel caso dell'handicappato, ma spesso lo sono, anche se meno, nel bambino senza handicap. Ciò soprattutto nella direzione di una prestazione di servizio complessivo della struttura e non solo attraverso la figura isolata, pur importantissima del singolo insegnante.

Una nuova impostazione pedagogica pone allora con urgenza problemi di riqualificazione e formazione permanente del personale educativo sia in termini generali, sia più specificatamente riferiti alla problematica relativa agli handicaps.

Come per la fase di prevenzione e diagnosi precoce, per l'integrazione del soggetto portatore di handicap nelle comuni strutture educative, si evidenziano come strumento essenziale i servizi territoriali nelle diverse prestazioni e figure professionali; è quindi essenziale il collegamento tra coloro che hanno seguito l'individuo dall'evidenziarsi dell'handicap ai successivi momenti di recupero e socializzazione, e gli educatori che, nei vari livelli delle strutture formative, entrano in rapporto con lui.

Tale collegamento dovrebbe garantire l'omogeneità degli interventi sulla persona ed un interscambio di capacità e strumenti operativi tra tecnici socio-sanitari e personale educativo.

Ne deriva come conseguenza la necessità di trovare momenti comuni di formazione con tutto il personale operante ai vari livelli sul territorio, con particolare attenzione alla formazione del personale insegnante.

Per affrontare in termini concreti il problema dell'inserimento, è necessario garantire:

a) l'approfondimento delle problematiche relative a ciascun tipo di handicap, allo scopo di giungere ad una corretta programmazione degli interventi e dei supporti necessari all'integrazione nelle strutture educative;

b) l'evidenziazione delle necessità formative del personale educativo;

c) rilevamento qualitativo e quantitativo degli inserimenti;

d) valutazione delle richieste a cui dare una risposta per il perseguimento degli inserimenti in atto o per garantire il passaggio dall'asilo nido alla scuola materna, e da questa alla scuola dell'obbligo;

e) la formulazione di una programmazione organica degli inserimenti rispetto ai bisogni evidenziati da parte degli organi scolastici, affinché gli enti locali possano definire il contributo a loro attribuito per legge. Quanto detto evidenzia ancora una volta la necessità di realizzare in tutto il settore una precisa collaborazione tra mondo della scuola ed i servizi del territorio, senza la quale non è possibile effettuare né una scuola aperta e rispondente ai problemi evidenziati nella società, né un reale inserimento;

f) l'attuazione di un metodo omogeneo di verifica da realizzarsi sia in termini generali che specifici per ogni singola esperienza di integrazione, e tale da permettere la puntualizzazione sia dei limiti sia della positività delle esperienze già effettuate, che devono diventare patrimonio comune.

Per quanto concerne la formazione degli insegnanti, occorre prevedere la realizzazione di corsi specifici anche organizzati in collaborazione della Regione e dell'I.R.R.S.A.E. (Istituto Regionale Ricerca Scientifica Attività Educative).

La gestione collegiale dell'inserimento scolastico dell'handicappato va perseguita in particolare con l'instaurazione di un corretto e sistematico rapporto con gli operatori della scuola. Tale rapporto, oltre che con il costante collegamento degli operatori socio-sanitari di base con i dirigenti scolastici e i docenti, nonché con gli organi scolastici collegiali a livello distrettuale, può utilmente attuarsi attraverso la costituzione di una Commissione formata da rappresentanti dell'U.S.L. e del distretto scolastico (che hanno eguale competenza territoriale) allo scopo di assicurare interventi tempestivi e coordinati e promuovere le forme dell'inserimento dei minori handicappati oltre che nelle strutture scolastiche, anche nelle attività sociali del tempo libero.

Infine, non si può concludere questa premessa generale sull'inserimento scolastico degli handicappati senza accennare a due problemi che sono oggetto di particolare dibattito e devono ancora trovare una corretta definizione.

Il primo riguarda l'accertamento della possibilità di inserimento scolastico in rapporto sia alle condizioni del soggetto, sia all'assistenza di strutture scolastiche appropriate. Il problema va affrontato con un corretto rapporto famiglia-scuola - servizio sanitario-enti locali. È fondamentale, comunque, che l'équipe territoriale di base sia in grado di offrire alla scuola non tanto una certificazione dello stato oggettivo dell'handicappato (per cui esistono anche riserve in ordine al « segreto professionale » spesso rivendicato dal medico nei confronti dell'operatore scolastico), quanto una relazione « plurima », concernente gli aspetti sanitari, psicologici e sociali utili ad una valutazione finalizzata all'inserimento scolastico.

Il secondo problema riguarda le difficoltà che spesso si incontrano nel rapporto con le famiglie in relazione agli interventi diagnostici e riabilitativi e conseguentemente alle modalità di inserimento appropriate.

La questione va affrontata in sede di coinvolgimento partecipativo e, in senso lato, di educazione sanitaria.

3.2. Compiti dei servizi scolastici ed educativi

Asili nido

È configurato come il servizio socio-educativo di zona volto alla prima infanzia. Esso è in stretto rapporto con l'équipe socio-sanitaria del territorio. Si ritiene che gli asili nido debbano essere in grado di accogliere i bambini anche gravemente handicappati, adeguando il numero degli operatori alle esigenze ed alla gravità dei bambini, ed attuando un preciso piano di riqualificazione del personale.

Il trattamento riabilitativo specifico viene attuato dal servizio di territorio (con interventi anche all'interno della struttura), che formula, con il personale, un progetto educativo condotto unitariamente. La programmazione delle attività è impostata con l'apporto dei genitori ed il nido dovrebbe configurarsi come struttura aperta di appoggio alle famiglie.

Scuola materna

Dai 3 ai 5 anni si considera la scuola come momento di riferimento per tutti a cui si affiancano, a seconda della gravità dell'handicap e delle relative specifiche esigenze, momenti strutturali, educativi e riabilitativi particolari.

In specifico, per quanto riguarda l'inserimento dei bambini handicappati nella scuola materna, si evidenzia la necessità di:

– riduzione del rapporto numerico personale-bambino;

– riqualificazione di tutto il personale che non si deve esaurire in corsi di qualificazione di base ma richiede un impegno di formazione permanente comune con gli operatori esterni;

– integrazione quindi dell'intervento educativo con quello specialistico degli operatori del territorio;

– definizione di spazi strutturali idonei;

– eliminazione delle barriere architettoniche;

– detenzione di strumentazione e materiale didattico adeguati;

– organizzazione dei trasporti.

Tale strutturazione coinvolge direttamente sia l'organizzazione della scuola materna statale sia gli enti locali perché offrano le prestazioni necessarie secondo il modello già delineato di coordinamento tra servizi e non di gemmazione di sottoservizi.

Scuola dell'obbligo elementare e media

L'inserimento degli handicappati nella scuola dell'obbligo pone una serie di problemi istituzionali, organizzativi, programmatici di non facile soluzione e di diversa entità a seconda del tipo di handicap.

La scuola dell'obbligo, comprendendo la fascia di età che va dal 6° al compimento del 15° anno, si deve organizzare in modo da non dare solo risposte adeguate e reali nell'ambito del ciclo elementare, ma consentire il proseguimento della formazione anche nell'ambito della scuola media.

Infatti, una vasta esperienza di lavoro con handicappati ha messo in evidenza che, dopo una certa età, le strutture scolastiche elementari non sono più adeguate alle esigenze, in particolare sociali e professionali, soprattutto degli utenti portatori di marcate difficoltà cognitive.

La legge n. 517 del 4-8-1977 pone finalmente le premesse per una progettazione dell'inserimento istituzionalmente corretto degli handicappati nella scuola dell'obbligo.

Per attuare ciò è necessario tener presente alcuni princìpi di fondo:

– ogni cittadino ha diritto ad una scuola che sia aderente ai suoi reali bisogni visti nel contesto di una comunità viva, coinvolgente, partecipativa, non emarginante;

– le divergenze dell'handicappato da processi di pensiero e di integrazione dell'alunno a sviluppo regolare, tendono ad aumentare qualitativamente e quantitativamente man mano che i programmi scolastici richiedono risposte di tipo essenzialmente teorico;

– i « programmi » vanno quindi impostati in modo sperimentale e verificati nella loro validità partendo dall'analisi dei bisogni di ogni singolo handicappato e ritrovando nella società le aree di coincidenza dei bisogni della comunità con le capacità reali di ognuno di questi;

– è necessario sganciarsi dall'idea che la conclusione istituzionale della scuola dell'obbligo debba accompagnarsi obbligatoriamente alla quantità ed alla qualità di certe nozioni genericamente predeterminate dai programmi scolastici.

Tenuto conto di questo, ogni inserimento nella scuola dell'obbligo dovrebbe:

– essere progettato con sufficiente anticipo per impostare ipotesi programmatiche di uso di spazi e di competenze e di collegamento con i servizi sul territorio in modo da garantire una risposta operativamente valida ai bisogni dell'handicappato ed alle istanze della società e non soltanto una risposta genericamente moralistica;

– individuare le aree scolastiche comuni per tutti coloro che frequentano la scuola, le aree opzionali verso cui pilotare, in base ai bisogni e alle difficoltà, handicappati e

cosiddetti normali, le aree elettive funzionali soprattutto per gli handicappati cognitivi (*attività funzionali al corretto sviluppo di abilità personali e di gestualità trasferibili in possibili attività professionali*);

– individuare e progettare metodologie e produrre materiale didattico educativo per il raggiungimento graduale sistematico degli obiettivi cognitivo-affettivi e socializzanti in un contesto sociale più ricco possibile;

– individuare aree pedagogico-didattiche, spazi, tempi e ritmi che garantiscano sia risposte adeguate ai bisogni, sia la realizzazione di situazioni sociali progressivamente reintegranti ed organizzate in modo che ogni differenza ed ogni intervento ad esse legato non divenga occasione per evidenziare concetti di superiorità ed inferiorità sociale ma occasione di considerazione paritaria delle differenze stesse come elementi costitutivi dei valori di ogni società democratica;

– verificare periodicamente la rispondenza delle ipotesi programmatiche e metodologiche ai reali bisogni per impedire alla struttura scolastica di diventare funzionale a se stessa e non al servizio che deve garantire alla comunità;

– prevedere spazi e tempi di formazione permanente per gli operatori scolastici implicati nelle attività per handicappati, con momenti precisi in comune con gli operatori esterni.

Tutto ciò fa ipotizzare un modello notevolmente diverso di scuola dell'obbligo che, senza rinunciare alla serietà ed alla profondità delle proposte didattiche ed educative, possa realmente essere un riferimento comune per la maturazione del più vasto numero di cittadini nel rispetto di tutte le diversità.

Per la realizzazione di questo tipo di scuola è necessario discutere in concreto con il mondo della scuola e i suoi organi di programmazione territoriale (distretti scolastici):

a) la definizione degli ambiti di intervento e relative competenze tra scuola di Stato ed enti locali, in una logica sostanzialmente tecnica e tale da focalizzare essenzialmente i bisogni e rispettare la globalità dell'individuo (legge 517 e circolari ministeriali; legge 382, D.P.R. n. 616 e relative leggi regionali);

b) la ridefinizione dell'organico docente necessario, e della reimpostazione dei criteri di utilizzazione del personale soprattutto rispetto alla « continuità e alle competenze »;

c) la precisazione degli spazi idonei;

d) l'eliminazione delle barriere architettoniche;

e) la dotazione delle strumentazioni specifiche e del materiale didattico vario;

f) la ristrutturazione dei tempi di intervento (orari-calendari), rendendoli complementari alle strutture e ai servizi presenti sul territorio;

g) l'organizzazione dei trasporti;

h) l'attuazione degli interventi esterni alla scuola (riabilitazione, strutture, tempo libero, altri servizi);

i) la definizione del rapporto e della collaborazione da realizzare tra le unità sanitarie locali e organismi scolastici.

Per quello che riguarda particolarmente l'inserimento degli handicappati gravi, si ritiene necessario che venga individuato almeno un plesso scolastico nell'ambito di ogni U.S.L. in cui possono essere inseriti gruppi speciali con attività differenziate e con momenti in comune con le altre classi.

Per permettere la realizzazione di tale intervento la scuola e l'ente locale devono fornire rispettivamente personale idoneo e sufficiente, spazi adeguati e attrezzature.

Gli obiettivi di un intervento così differenziato sono quelli di portare i bambini al conseguimento del massimo grado di autonomia personale possibile attraverso lo sviluppo della motricità, della competenza linguistica e dell'espressione; l'acquisizione infatti degli elementari automatismi (controllo degli sfinteri, alimentazione, pulizia personale), *l'acquisizione di capacità operative tali da garantire* l'inserimento in strutture lavorative pur nell'espletamento di attività elementari, l'acquisizione di un codice di elementari regole di convivenza sono gli elementi fondamentali per la collocazione in un contesto sociale sempre più ampio e differenziato.

Il metodo di lavoro consiste nell'individuazione di precise tappe evolutive in tutti i settori della personalità e degli strumenti atti a favorire il loro raggiungimento, giungendo ad elaborare, per ogni bambino, un piano individuale di trattamento.

L'inserimento nella struttura scolastica consente attività comuni fra servizi speciali e sezioni normali del plesso, passaggio di alunni da una sezione all'altra (sotto il controllo dell'équipe di territorio) e l'utilizzo congiunto delle strutture ricreative e sportive della scuola e del territorio.

Si individuano a livello del problema specifico della qualificazione del personale insegnante, alcuni punti fondamentali:

a) necessità che i corsi formativi di base (istituti e scuola magistrale), comprendano anche i problemi di didattica differenziale volta all'educazione dei bambini portatori di handicaps diversi;

b) necessità di introduzione sistematica, in tutto l'arco della scuola dell'obbligo, del settore del lavoro manuale, quale momento di maturazione intellettiva e sociale. Tale iniziativa richiede la strutturazione, presso le scuole, di laboratori attrezzati per specifiche attività lavorative;

c) attività di riqualificazione del personale operante nell'ambito della scuola.

Accesso agli studi superiori

I portatori di handicaps, in specie fisici o sensoriali, che ne abbiano la capacità, devono essere posti nella condizione di accedere agli studi secondari superiori e universitari in condizione di parità con gli altri cittadini.

Fatte salve le competenze statali in materia e ad integrazione degli interventi previsti in adempimento degli artt. 42 e 45 del D.P.R. 24-7-1977, n. 616 (assistenza scolastica) l'U.S.L. in collaborazione con gli enti locali deve favorire l'esercizio di quanto indicato al comma precedente mediante l'assegnazione alle famiglie e alle scuole di apparecchiature, testi e sussidi didattici specifici alle singole *minorazioni, atti a favorire l'apprendimento e l'accesso* degli handicappati all'informazione e alla cultura.

Quanto sopra richiede altresì l'adeguamento delle strutture dei servizi scolastici e culturali, e l'istituzione presso le biblioteche pubbliche di sezioni appositamente attrezzate e l'impianto dei sussidi tecnici necessari (ad es. per la lettura dei non vedenti).

4. INSERIMENTO DEGLI HANDICAPPATI ULTRAQUATTORDICENNI NELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE

4.1. Premessa

Il programma di intervento riferito all'inserimento degli handicappati nella formazione professionale non può non tenere conto sia dell'esperienza avviata in questa e nella passata legislatura, sia dello spirito innovatore della « legge quadro » in materia di formazione professionale n. 845 del 21-12-1978 e successiva legge regionale n. 8 del 25-2-80.

In particolare la legge regionale afferma, in via di principio, il superamento del parallelismo tra formazione professionale e scuola; e raccorda la programmazione della formazione professionale con quella più complessiva dello sviluppo economico e produttivo del paese.

La legge stabilisce inoltre che le Regioni esercitano la potestà legislativa in materia di orientamento e formazione professionale; che i programmi regionali di formazione

professionale possono essere realizzati in strutture pubbliche, in strutture di enti e mediante convenzioni con imprese.

La stessa legge prevede inoltre che tutti i corsi siano articolati in 4 cicli formativi ciascuno di durata non superiore a 400 ore e che i corsi si concludano con un esame e con il rilascio di un « attestato di qualifica ».

In questo senso la legge regionale n. 8, nel recepire lo spirito della legge nazionale, stabilisce i princìpi e le procedure per l'attuazione in particolare della tipologia degli interventi che nell'art. 11 definiscono « le attività di formazione professionale promosse dalla Regione », i quali comprendono:

– corsi di formazione e orientamento professionale
– stages e tirocini
– convegni e seminari.

Tali attività sono rivolte in particolare, per quanto riguarda la materia:

a) alla rieducazione professionale di lavoratori divenuti invalidi a causa di infortunio o malattia;

b) all'inserimento nell'attività di formazione professionale di soggetti portatori di menomazioni fisiche, psichiche e sensoriali;

c) alla formazione di portatori di menomazioni fisiche, psichiche e sensoriali che non risultino atti a frequentare i corsi normali.

Inoltre la Regione, nell'art. 22 della stessa legge 8, si impegna a favorire la partecipazione degli invalidi e menomati attraverso iniziative intese a valorizzare le effettive potenzialità di apprendimento finalizzate all'inserimento al lavoro e raccordate con i servizi sociali territoriali allo scopo di assicurare organicità degli interventi.

4.2. Linee programmatiche dell'inserimento

Premesso che si assume come linea di tendenza, il progressivo ridimensionamento dei corsi di formazione professionale speciali, fino ad arrivare o alla loro estinzione o alla loro trasformazione in corsi di formazione professionale normali o ad altri interventi più idonei nel settore come previsto dalla legge quadro della formazione professionale citata.

Considerato che, ad ogni livello di integrazione si dovranno prevedere gli opportuni supporti tecnici, si valuta obiettivamente la situazione attuale e si arriva alla conclusione che non è proponibile, nell'immediato, l'abolizione dei corsi speciali. Piuttosto si tratta di fare in modo che si chiarifichino gli obiettivi formativi. Questi aspetti assumono maggiore rilevanza in quanto la realtà delle integrazioni fino ad oggi ottenute si presenta molto diversificata.

a) *Inserimenti effettivi direttamente nei corsi normali*

In questo caso, di norma, sono inseriti i ragazzi con « buone capacità » e in genere sorgono difficoltà non tanto nell'assimilazione degli aspetti pratici della formazione, quanto nel seguire gli aspetti teorici.

b) *Inserimenti effettuati nei corsi di formazione professionale normali in classi speciali*

– generalmente si tratta di corsi propedeutici il cui presupposto è il successivo inserimento nei corsi normali;
– oppure si tratta di corsi che non prevedono uno sbocco concreto nei corsi normali.

In questo caso si devono definire gli obiettivi successivi, comunque sono esperienze che non si intendono potenziare.

c) *Inserimenti effettuati in corsi di formazione professionale speciali (corsi per invalidi civili)*

Premesso che il livello di handicap è maggiore, questi centri rilevano almeno due situazioni che occorre analizzare:

– alcuni corsi si pongono e possono perseguire l'obiettivo di un successivo inserimento nel mondo del lavoro;
– alcuni corsi sono forme mascherate di « parcheggio » che non fanno prevedere alcuna continuità rispetto a successivi inserimenti lavorativi.

4.3. Orientamento

Occorre operare affinché i ragazzi che escono dalla scuola dell'obbligo siano forniti di documentazione curriculare idonea a facilitare il loro orientamento professionale.

Durante i corsi professionali (normali e speciali) sarà possibile fare opera di orientamento secondo due modalità:

a) (valida per corsi speciali) - corso di orientamento annuale propedeutico, al termine dell'anno si può ipotizzare:

1) la prosecuzione del corso per il conseguimento di un livello di qualificazione compatibile con le potenzialità dei ragazzi;
2) l'inserimento in corsi normali;
3) l'avviamento a tirocini di lavoro;
4) il diretto inserimento al lavoro;

b) (valida per corsi normali e speciali) - un periodo di orientamento, e un periodo successivo finalizzato al conseguimento della qualifica delineatasi dalle attitudini emerse dai ragazzi. Questa seconda opportunità non esclude gli sbocchi della prima.

4.4. Modalità di inserimento delle persone handicappate nei corsi

Le domande di iscrizione possono pervenire ai centri di formazione professionale:

– con segnalazione delle équipe territoriali
– con segnalazione degli enti locali.

Sarà compito della direzione dei rappresentanti degli operatori e dell'équipe eventualmente presente del centro di formazione professionale e dell'ente locale definire i criteri per l'ammissione dell'allievo ai corsi.

4.5. Servizi di supporto

L'intervento dei servizi territoriali della U.S.L. viene considerato condizione imprenscindibile per un equilibrato lavoro didattico formativo.

A tale scopo:

a) i centri a gestione pubblica devono usufruire direttamente dei servizi delle U.S.L.;

b) i centri a gestione privata potranno: richiedere apposite convenzioni con gli enti locali per l'utilizzo dei servizi territoriali. Dovranno comunque favorire la collaborazione con le équipes di zona, in ogni caso spetta alla U.S.L. la vigilanza per quanto di competenza.

4.6. Formazione professionale del personale dei centri

Si propongono tre momenti di aggiornamento:

a) corsi regionali annuali residenziali;

b) lezioni o seminari durante l'arco dell'anno con tecnici specialisti su specifici argomenti;

c) formazione locale in base a particolari interessi di singoli centri o gruppi di centri con l'apporto degli enti locali.

Ai vari livelli si prevederanno tra l'altro:

– gruppi specifici sui problemi della didattica;
– verifica di esperienze tra i vari centri;
– conoscenza e visita ad altre esperienze;
– partecipazione a turno a convegni attinenti l'inserimento, con l'impegno di relazionare all'Assessorato regionale alla formazione professionale che si occupa della formazione degli operatori.

4.7. Problemi didattici

Si ritiene che non sia possibile in questa fase specificare e proporre dei modelli operativi prefabbricati, ma si intende comunque indicare le seguenti puntualizzazioni:

– devono essere promossi all'interno dei centri di formazione professionale degli spazi di ricerca che in base alle esperienze passate ed a linee pedagogiche ritenute comuni, propongano delle soluzioni, anche alternative, evitando di delegare la progettazione a tecnici;

– le materie dovrebbero essere trattate in modo interdisciplinare e favorire un modello di superamento della realtà classe-qualifica a favore di una realtà formativa più elastica e più dimensionata alle caratteristiche e ai ritmi di apprendimento di ogni allievo.

5. INSERIMENTO AL LAVORO

5.1.

Rapporto con Ispettorato regionale del lavoro, OO.SS. regionali, Unione industriale, Uffici di collocamento. Questi rapporti che la Regione sta instaurando, sono fondamentali per la riuscita di tutto il discorso relativo all'inserimento. Vanno in queste sedi individuate prioritariamente le fasce di professionalità che permettano l'avviamento al lavoro degli handicappati.

In specifico rispetto alle persone con handicap in attesa di inserimento in corsi di formazione professionale o nel mondo del lavoro, si premette che non è possibile prolungare la permanenza dell'handicappato nei corsi di formazione professionale, cioè in corsi successivi diversi.

Si ipotizzeranno nuove soluzioni per i giovani che concludono il ciclo formatico e sono in attesa di sistemazione lavorativa.

La valutazione di tale problematica cade nel discorso più generale della disoccupazione giovanile; vi si accenna comunque, come impegno preciso tenendo conto della maggiore possibilità di perdita delle cognizioni e di un certo grado di socializzazione acquisiti precedentemente, da parte dei soggetti handicappati, qualora siano costretti a lunghi periodi di inattività.

Al fine di meglio determinare le linee di intervento su tale materia, un importante contributo costituiranno gli elementi di valutazione ed un bilancio dei risultati raggiunti dal programma dei piani CEE e « gravi » per l'inserimento al lavoro degli handicappati ultraquattordicenni.

5.2. Collocamento ordinario

La Regione interviene affinché le persone handicappate, in grado di avere un normale rendimento, siano avviate al lavoro senza l'ausilio della legge 482 sul collocamento obbligatorio ma tramite la legge 29-4-1949 n. 264 sul collocamento ordinario.

5.3. Collocamento obbligatorio

La normativa vigente rispetto al collocamento obbligatorio di categorie protette è rappresentata dalla legge 2 aprile 1968, n. 482 « Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le Pubbliche Amministrazioni e le aziende private ».

Questa legge è in parte inapplicata, si presta ad interpretazioni controverse e per questi motivi è auspicata una sua modifica che definisca in termini più precisi la normativa del collocamento obbligatorio.

Per quanto concerne gli enti pubblici la Regione si farà promotrice di iniziative affinché sia rispettato il diritto delle persone in difficoltà ad essere assunte dalle amministrazioni locali.

Ferme restando le premesse sul collocamento obbligatorio, la Regione valuterà con attenzione la messa in opera di cooperative anche attraverso eventuali contributi regionali, che potranno essere concessi in base alla legislazione attualmente in vigore per i vari settori (agricoltura, commercio, artigianato, ecc.).

L'ipotesi da verificare è se la cooperativa rappresenti o meno un reale sbocco per persone con rilevanti difficoltà che difficilmente riescono a trovare collocazione lavorativa pur con l'ausilio della legge.

Ferme restando le specifiche attribuzioni di legge degli ispettorati ed uffici del lavoro, rispetto a tutta la problematica relativa al collocamento al lavoro degli invalidi civili, la Regione si impegna a pubblicizzare e a seguire le iniziative anche di tipo sperimentale già avviate che tendano a favorire un reale inserimento dei soggetti handicappati, ponendosi in termini propositivi e di collaborazione tra aziende private, OO.SS., e uffici preposti al collocamento, al fine di costruire insieme una modalità di lavoro estendibile alla realtà regionale.

In particolare la Regione in accordo con le parti interessate interverrà per il proseguimento di quanto positivamente sperimentato nel progetto di cui alla deliberazione del Consiglio regionale del 15-12-1978, n. 411-8574, con la stesura di un apposito piano per l'anno 1982 che sarà ripresentato alla Comunità Economica Europea e mirato alla formazione professionale e occupazione lavorativa di giovani portatori di handicap.

6. SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

I servizi socio-assistenziali dell'U.S.L., sono indirizzati a:

1) facilitare la permanenza dell'handicappato nel proprio nucleo familiare, naturale o adottivo, mediante interventi di sostegno alla famiglia quali assistenza economica, assistenza domiciliare e/o educativa, affidamento familiare;

2) svolgere, con interventi e strutture appropriate, attività di stimolo, orientamento, indirizzo, finalizzate al recupero globale della personalità e a favorire al massimo la socializzazione per i soggetti per i quali non sia possibile l'inserimento nelle istituzioni educative, scolastiche o nel mondo del lavoro, e come supporto, per l'attività riabilitativa e per l'impiego del tempo libero, per i soggetti rispetto ai quali sia in corso l'inserimento;

3) fornire servizi residenziali per i soggetti non autosufficienti che non possono rimanere in famiglia, continuativamente o temporaneamente.

Gli interventi di cui sopra hanno anche la finalità di sollevare temporaneamente la famiglia dai problemi connessi con la presenza dell'handicappato consentendole di ricrearsi le energie e la disponibilità psicologica necessarie per un sereno rapporto con lo stesso.

6.1. Attività domiciliari

Perché l'attività di tipo domiciliare sia un concreto strumento di sostegno alla famiglia dell'handicappato occorre fornire:

a) una collaborazione educativa e formativa fin dai primissimi anni di vita del bambino, come funzione di supporto e di informazione alla famiglia che ospita l'handicappato. Oltre quindi alla funzione specifica di esprimere una delle fondamentali alternative al ricovero, c'è da individuare una serie di funzioni « conseguenti » che creano completamente le condizioni di igiene mentale necessarie perché la famiglia possa non solo « contenere » l'handicappato ma costituisca il primo fondamentale nucleo educativo e attivamente partecipi agli interventi terapeutici-riabilitativi;

b) una collaborazione domestica già sperimentata prevalentemente nel settore anziani per:

– affiancamento alla famiglia, quando necessario, nelle incombenze domestiche ed azione di informazione;

– sostituzione della famiglia per brevi periodi in cui questa deve assentarsi dall'abitazione. Tale servizio è ipotizzato essenzialmente per gli handicappati gravi e gravissimi che non possono fruire di servizi esterni diurni e per quei casi in cui si verifichi un periodo di forzata assenza dalle strutture per l'infanzia normalmente frequentate;

c) l'esecuzione ed il controllo del programma terapeutico individuale riabilitativo in coordinamento con i servizi integrativi di U.S.L. e con i servizi educativi.

6.2. Servizi diurni

Il servizio diurno sino ad ora previsto per le persone con handicaps che non potevano o non avevano opportunità di sperimentare una vita di lavoro, è stato il *laboratorio protetto o il centro occupazionale*.

Si tratta di strutture che in una fase iniziale tendevano a concentrare in una unica istituzione un elevato numero di handicappati (spesso specializzandosi in un unico tipo di handicap) ed il cui obiettivo principale era la esecuzione soprattutto su commessa, di semplici lavori di montaggio.

In tali ambiti si nega la possibilità di un più preciso legame con il territorio di provenienza degli utenti; ed essi divengono dei « pendolari dell'assistenza » costretti a rilevanti spostamenti giornalieri per usufruire di un servizio.

Si propone quindi il superamento di tale concezione di laboratorio protetto, evitando di concentrare in un unico luogo un numero elevato di utenti e trasformando gradualmente tali strutture in centri diurni maggiormente articolati negli obiettivi e nelle metodologie.

Si ipotizza, di conseguenza, un insieme di prestazioni per handicappati che faccia capo alle U.S.L. e che sia in grado di rispondere alle necessità di un'area territoriale limitata.

Specificando meglio: l'insieme delle prestazioni sopra elencate deve rivolgersi a tutti gli handicappati del territorio interessato.

Per alcuni – le persone con meno difficoltà – l'intervento si limiterà ad attività di orientamento, indirizzo verso uno sbocco formativo o lavorativo. Con ciò si può arrivare ad intendere anche momenti di attiva collaborazione con le strutture formative o le aziende.

Per altri – le persone con maggiore difficoltà – le prestazioni sono costanti ed hanno la loro compiutezza in quell'insieme di attività che si possono attuare nell'ambito di una struttura diurna.

Tale struttura si deve impostare su base territoriale, e in tal senso si può ipotizzare l'utilizzo dei centri d'incontro o di altre sedi di servizi presenti nell'area elementare e/o in quella zonale.

Essa deve proporsi come istituzione aperta, disponibile ai contributi che la gente vorrà dare, pronta a proiettarsi sul territorio per usufruire di tutte le risorse eventualmente presenti (organizzazioni culturali e sportive, piscine, campi gioco, centri di incontro, manifestazioni, biblioteche, musei, ecc.).

Inoltre dovrà essere ricercato il collegamento anche con le aziende della zona, per l'utilizzo di luoghi comunitari di vita inseriti nell'ambito del lavoro (es. mense aziendali, circoli ricreativi, ecc.).

Questa impostazione consente di svolgere, in giusta proporzione ed in modo integrato, tutta una serie di attività stimolo che possono andare da momenti di lavoro a momenti ludici.

La capienza potrà definirsi da un minimo di 10 persone ad un massimo di 20 (in situazioni di alta concentrazione abitativa).

Il rapporto tra operatori ed utenti può essere previsto tra un massimo di 1 a 5 e un minimo di 1 a 2, 1 a 3 nei casi che le persone presentino gravi difficoltà e un basso livello di autonomia.

Nelle grandi città l'area di competenza è indicata nel quartiere ma senza rigidità (si può ipotizzare che in alcune situazioni possa essere ritenuta idonea una struttura che serve più quartieri oppure che in un solo quartiere siano necessarie più strutture).

Queste strutture devono ovviamente essere rivolte a maschi e femmine. Gli utenti sono persone dai 14 ai 30 anni con particolari difficoltà per cui non sia possibile il raggiungimento di una piena autonomia lavorativa.

In questa situazione deve essere proposta una serie di attività stimolo polivalenti (es. falegnameria, meccanica, attività artigianale, attività di manipolazione, attività espressive, ecc.).

L'aspetto complessivo dell'iniziativa deve essere orientato al recupero globale della personalità e a favorire al massimo la socializzazione.

L'esperienza accerterà fino a che punto è realizzabile questa affermazione di principio. Ciò che è importante è la gradualità con cui ogni ammissione di nuovi utenti deve avvenire.

Il gruppo iniziale di utenti e di operatori deve essere in grado di accogliere eventuali nuovi ingressi.

Ogni caso deve essere preso in esame verificando con precisione la diagnosi e le possibilità che la struttura ha di rispondere alle esigenze personali dell'handicappato.

Oltre al personale educativo ed ausiliario si deve organizzare l'appoggio alternativo o parallelo di:

a) *volontari* (obiettori di coscienza, persone singole, gruppi di base, ecc.); la collaborazione deve essere responsabile e programmata sia che sia offerta da singole persone, sia da gruppi.

Nel caso di collaborazione svolta da gruppi, può essere organizzata come appoggio nei momenti in cui la struttura o i servizi sono chiusi (occupazione del tempo libero, sera, festività, fine settimana, ecc.);

b) *figure professionali operative* per attività di: falegnameria, meccanica, ecc.; il loro lavoro diviene momento di integrazione dell'attività espressiva, di stimolo, di socializzazione svolta dagli educatori;

c) *équipes di territorio*: il loro compito è quello di fornire un apporto specifico rispetto alle diverse problematiche che si presentano e di essere quindi supporto sia alla struttura in cui sono svolte le attività di recupero e di socializzazione (collegamento con gli operatori, consigli, informazione, addestramento degli operatori e delle famiglie), sia all'ambulatorio di zona ove gli handicappati accedono per usufruire di interventi specialistici.

6.3. Strutture residenziali

L'obiettivo fondamentale dell'attività in favore degli handicappati resta quello della loro integrazione sociale e familiare, per cui dovrà essere attuata una politica rivolta alla restituzione al proprio ambiente di quanti siano ricoverati in istituti senza effettiva necessità.

Vi sono, tuttavia, soggetti impossibilitati a rimanere temporaneamente o permanentemente nel proprio nucleo familiare e per i quali risultano impraticabili gli interventi diretti ad evitare l'istituzionalizzazione, quali l'assistenza economica, l'assistenza domiciliare c/o educativa, l'affidamento educativo, l'adozione speciale, ecc.

Esiste, pertanto, l'esigenza di utilizzare servizi [illegible] li che, per evitare un completo distacco dal proprio [illegible]

te, dovranno, di norma, essere realizzati a livello di U.S.L. Tali servizi dovranno essere in grado di fornire interventi qualificati, anche attraverso collegamenti tra settore pubblico e settore privato, raccordandosi con le iniziative private che offrano garanzia di capacità ed esperienza e che siano disponibili ad operare secondo gli indirizzi della programmazione regionale.

Ciò è soprattutto valido all'interno di una linea tesa alla massima utilizzazione delle risorse esistenti e di un loro corretto riordino su base territoriale.

È necessario prevedere una rete di servizi residenziali così caratterizzata:

a) comunità alloggio.

Si rimanda alle indicazioni dell'allegato 1 sia per quanto riguarda quelle per persone adulte, che per minori. La comunità-alloggio ha un ruolo essenziale per handicappati non gravi e per handicappati in minore età, sia come intervento stabile che di emergenza.

L'inserimento in comunità-alloggio di soggetti handicappati deve avvenire dopo valutazione approfondita dei problemi posti dai bisogni di ogni sinodo soggetto. Non debbono essere comunque costituite comunità-alloggio composte esclusivamente da soggetti handicappati;

b) casa protetta.

Si rimanda alle indicazioni dell'allegato 1.

La « casa protetta » che accoglie handicappati, per il ridotto numero degli ospiti, per l'organizzazione di tipo familiare, per il particolare rapporto che può in determinate condizioni crearsi tra gli handicappati (in relazione al tipo di handicap) e gli operatori, dovrebbe assumere un carattere vicino alla tipologia della comunità alloggio. Vanno tuttavia considerate con estrema cautela commistioni tra handicappati di diversa natura, nonché tra handicappati adulti e bambini.

Il personale di assistenza deve essere un numero sufficiente ad organizzare la vita della casa in piccoli gruppi che mantengono il rapporto operatore-utente il più possibile individualizzato e costante. In concreto indichiamo un rapporto di 1 a 2 (minimo) e di 1 a 4 (massimo).

Deve essere curato il collegamento con il personale medico dell'U.S.L. delle varie specialità in modo che non manchino i regolari controlli e le cure necessarie agli utenti della struttura residenziale.

È indispensabile, per mantenere inalterato nel tempo lo standard qualitativo delle prestazioni degli operatori, curare in modo particolarmente attento la formazione permanente degli stessi, tramite sistematici incontri con le équipes del territorio e periodici momenti di aggiornamento. Inoltre si devono prevedere modalità di organizzazione e di rotazione del personale che senza pregiudicare eccessivamente gli utenti, consentano agli operatori il minimo di modalità necessaria alla loro igiene mentale.

L'utilizzazione da parte delle U.S.L. di servizi residenziali o di strutture riabilitative non gestite direttamente avviene attraverso la stipula di convenzioni.

È compito dell'ente locale definire in termini precisi, entro il 1982, la programmazione dei servizi residenziali in considerazione delle risorse presenti sul territorio e delle necessità che da esso emergono.

7. TRASPORTI

All'interno della problematica più ampia, che concerne l'inserimento alla vita di relazione degli handicappati, l'intervento sarà organizzato in funzione delle competenze che la Regione ha nei vari settori dei trasporti e sarà, quindi, articolato in due direzioni: una fase promozionale per i settori non di diretta competenza, quali i trasporti ferroviari, aeroportuali, comunali su gomma; una fase propositiva per i settori di propria competenza, quali i trasporti extra-urbani su gomma.

a) Per quanto riguarda la prima, la Regione si farà carico di interessare gli enti competenti, per predisporre un programma coordinato che conduca, gradualmente nel tempo all'attuazione delle normative nazionali a favore degli handicappati in materia di barriere architettoniche e trasporti pubblici (L.R. n. 118 del 30-3-1977 e D.P.R. n. 384 del 27-4-78).

b) Con riferimento alla seconda, l'intervento dovrà essere volto ad agevolare l'accesso alle vetture da parte degli handicappati, immettendo in servizio vetture attrezzate per il trasporto polivalente.

Tenendo conto. però che l'attuale servizio di trasporto extra-urbano, proprio perché tale, viene erogato in modo diffuso sul territorio; nel riorganizzare tale servizio occorrerà procedere per aree e gradualmente nel tempo.

A tale scopo si intende destinare annualmente, a partire da quest'anno, una quota del « piano autobus » (piano di investimenti per gli autobus) per l'acquisto di vetture attrezzate per il trasporto polivalente, da immettere in servizio su linee che dovranno essere concordate con le associazioni che rappresentano i soggetti handicappati e sperimentare, entro il 1982, su una o più linee interurbane, l'utilizzo di alcuni tipi di vetture e l'impatto che il loro utilizzo ha sulle modalità di erogazione del servizio.

L'organizzazione di questi servizi sperimentali, in termini di percorso, orari, ecc. sarà comunque oggetto di un programma più dettagliato che dovrà essere predisposto al più presto con la partecipazione delle organizzazioni di categoria, delle aziende di trasporto, pubbliche e private, e delle associazioni degli handicappati.

8. EDILIZIA SOCIALE

a) Proseguirà l'attività promozionale volta alla divulgazione della normativa contenuta nel D.P.R. 384 del 1978 concernente la eliminazione delle cosiddette barriere architettoniche; si è concretizzata per ora con la pubblicazione da parte della Regione di materiale informativo.

b) Dovrebbero comunque essere attivati, al più presto, da parte del Ministero della pubblica Istruzione, particolari finanziamenti per l'adeguamento alle normative sopra citate. delle strutture scolastiche esistenti.

c) Per quanto concerne le scuole in corso di realizzazione con i programmi di cui alla legge 412/1977, si è avviata l'attuazione degli accorgimenti volti ad eliminare o comunque a ridurre quegli impedimenti fisici comunemente definiti « barriere architettoniche ».

9. EDILIZIA RESIDENZIALE PUBBLICA

Nella programmazione e gestione dei finanziamenti pubblici destinati alla realizzazione di interventi di edilizia residenziale, è stato attuato a livello regionale uno specifico accordo con gli Istituti autonomi per le case popolari, in cui si stabilisce che in tutti i complessi edilizi di nuova costruzione sia prevista una riserva di alloggi, fino ad un massimo del 10% del volume del fabbricato, da assegnare ad invalidi o persone anziane.

Lo stesso accordo ha stabilito che gli alloggi predetti fossero progettati e realizzati con la eliminazione delle barriere architettoniche e che gli alloggi disposti al piano terreno fossero dotati di « verde » a livello.

Inoltre, con circolare dell'ottobre 1979, la Regione ha disposto che siano emessi bandi speciali per particolari categorie (fra i quali gli handicappati), stabilendo che il numero di alloggi da riservare sia conseguente ad incontri e consultazioni con le organizzazioni di rappresentanza e con il Comune sede dell'intervento.

Comunque, si è da tempo ampiamente riscontrato che la parte preminente del fabbisogno abitativo potrà essere risolta solo attraverso azioni di recupero del patrimonio edilizio esistente. È proprio in questo senso che sono state recentemente avviate iniziative e studi, per trovare all'interno delle operazioni di riqualificazione degli alloggi la possibilità di realizzare abitazioni polivalenti, adeguate alle esigenze degli handicappati.

Le prime ipotesi stanno, fra l'altro, confermando che quanto è stato fatto per i soggetti disabili nel settore delle nuove costruzioni di edilizia residenziale pubblica, con alcuni adeguamenti specifici per il particolare tipo di intervento è possibile ripeterlo anche per il settore del recupero del patrimonio edilizio esistente a matrice pubblica.

10. URBANISTICA

L'azione in questo campo può essere rivolta prioritariamente all'eliminazione delle cosiddette « barriere architettoniche » sia nel settore dell'edilizia pubblica e privata che, più in generale, nell'ambito urbano.

Si tratta di operare un intervento di promozione e di controllo in questi settori, tale da garantire livelli di qualità dell'ambiente nuovi e più rispondenti alle esigenze di tutta la collettività regionale sia attraverso i regolamenti comunali, che disciplinano la « qualità » e la fruibilità reale delle attrezzature urbane ed edilizie, sia attraverso la formulazione, da parte della Regione, di indicazioni ai Comuni, di elementi di arredo urbano e di componenti edilizie, corrispondenti alle esigenze emergenti per i disabili.

11. CONCLUSIONI

In sintesi occorrerà garantire l'erogazione dei servizi a livello territoriale, tenendo conto:

1) delle risorse disponibili:

a) risorse di personale e di strutture pubbliche e private; necessità di una verifica dell'esistente e di una integrazione tra il settore pubblico e quello privato per un uso omogeneo dei servizi;

b) canalizzazione delle risorse finanziarie, o di parte di queste, delle amministrazioni provinciali nell'ambito dei settori di intervento definiti nel piano regionale;

c) finanziamenti regionali;

2) della priorità di intervento stabilite a livello sociale;

3) dell'esigenza di evitare comunque vuoti di intervento.

Si evidenzia comunque l'esigenza di attivare servizi residenziali per quella fascia di handicappati più gravi (con particolare riferimento a quelli che hanno superato l'età dell'obbligo), per cui non sono sufficienti i diversi momenti di inserimento nel contesto normale.

In tale ambito, infatti si è riscontrata la carenza quasi totale di risposte strutturali idonee; ciò, collegato al processo di ridimensionamento, ed in alcuni casi di chiusura, di istituti tradizionalmente preposti al ricovero dei soggetti handicappati, e al conseguente rientro sul territorio degli handicappati dimessi, rende tale problematica assai grave e richiede risposte immediate sul territorio.

Allegato n. 20 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

PREVENZIONE DELLE TOSSICODIPENDENZE ED ASSISTENZA AI TOSSICODIPENDENTI

1. PREMESSA

1.1. I riferimenti legislativi

Le attività di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza, sono regolate a livello nazionale dalla legge 22-12-1975, n. 685, che, se pur innovativa rispetto alla normativa precedente, per il principio della non punibilità delle persone che fanno uso personale di sostanze stupefacenti, presenta ancora alcuni aspetti negativi. Tra gli altri: la generica definizione della « modica quantità » di stupefacenti che può essere posseduta dalle persone che ne fanno uso personale, e, soprattutto, l'obbligatorietà della cura, che non può certamente essere efficace nei confronti di chi non intende sottoporsi ad essa.

In attuazione della legge nazionale, la Regione ha disciplinato con la legge 23-12-1977, n. 62, le funzioni di educazione sanitaria e sociale, di prevenzione ed intervento contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti e psicotrope, delegando l'esercizio delle funzioni suddette ai Comuni o alle Unità sanitarie locali, quando costituite, che vi provvedono mediante attività non settoriali, ma integrate a livello di territorio, che prevedono il coinvolgimento di tutti i presidi socio-sanitari locali.

Con le successive deliberazioni del Consiglio Regionale 12-7-79, n. 489-C.R. 4870, attuativa dei Decreti Ministeriali 6-6-78 e 4-8-78, e 13-1-81, n. 44-C.R. 315, attuativa dei Decreti Ministeriali 7-8-80 e 10-10-80, sono stati ribaditi alcuni princìpi e criteri a cui devono uniformarsi i programmi di intervento nel settore:

– individualizzazione di ogni intervento di cura e riabilitazione, con la presa in carico del soggetto mediante un progetto globale e complessivo;

– possibilità di trattamenti con farmaci sostitutivi soltanto se inseriti in programmi articolati;

– decentramento degli interventi a livello di U.S.L. ed attivazione di un processo di massimo coinvolgimento di tutti gli operatori del territorio, ivi compresi medici di base e farmacisti.

1.2. Andamento del fenomeno e situazione attuale dei servizi

Dalla documentazione fornita dai servizi, dalle segnalazioni delle forze di polizia e della magistratura, ecc. risulta che il fenomeno della tossicodipendenza è in questi ultimi anni in espansione, sia per il numero di utenti che afferiscono ai servizi, sia per il numero di persone presumibilmente tossicodipendenti.

A questa espansione non ha fatto riscontro un adeguamento dei provvedimenti atti a contenere il fenomeno ed a garantire una assistenza ai tossicodipendenti rispondente alle effettive esigenze.

Il dimensionamento e la strutturazione dei primi presidi attivati era motivata dalla scelta di non istituire un servizio a cui delegare totalmente la gestione della problematica, in quanto questa avrebbe dovuto investire tutti i servizi socio-sanitari locali.

Nei fatti non sono stati adottati strumenti idonei per il superamento sia delle difficoltà oggettive, sia dei pregiudizi nei confronti dei tossicodipendenti, onde assicurare un'immediata e corretta attuazione degli indirizzi regionali.

Si deve inoltre sottolineare che nonostante i programmi locali prevedano, in linea con le indicazioni regionali, l'attivazione di una pluralità di interventi, la risposta offerta attualmente dai servizi è prevalentemente di tipo sanitario.

La difficoltà ad attivare interventi socio-riabilitativi più completi è da attribuirsi sia all'assenza di risorse finanziarie e di strumenti idonei, sia alla corretta scelta tecnico-politica di non attivare strutture settoriali per tossicodipendenti, ma di promuovere la creazione di una pluralità di strumenti di socializzazione e di reali possibilità di partecipazione e di espressione dei soggetti giovanili.

La situazione di inadeguatezza degli interventi attuali è aggravata dalla condizione di precariato in cui lavorano la maggior parte degli operatori delle équipes per le tossicodipendenze, il cui rapido turnover incide negativamente sulla qualificazione professionale e sulla possibilità di gestire correttamente progetti a medio e a lungo termine.

2. OBIETTIVI

1) Riduzione della domanda e dell'offerta di sostanze che inducono dipendenza e diminuzione dell'incidenza di nuovi casi di tossicodipendenza.

2) Difesa dello stato psico-fisico del tossicodipendente;
a) riduzione della mortalità e della morbilità;
b) limitazione delle situazioni di emarginazione sociale e di criminalizzazione, connessi agli stati di tossicodipendenza.

3) Aumento della capacità di autodeterminarsi del tossicodipendente, come recupero del « suo » sociale.

Per la realizzazione degli obiettivi suesposti si individuano le seguenti modalità operative:

a) studio ed individuazione di fattori e situazioni di rischio e analisi della situazione socio-ambientale nelle singole U.S.L., con particolare riferimento alla condizione giovanile;

b) azione integrata tra le varie strutture: scuola, servizi socio-sanitari, organizzazioni giovanili, associazioni, enti culturali, ecc. per interventi in senso preventivo, finalizzati a garantire l'acquisizione e il mantenimento dell'autodeterminazione e dell'autorealizzazione della persona, garantendo l'equilibrio della sfera cognitiva, affettivo-relazionale e psico-motoria;

c) predisposizione di strumenti atti a stimolare e favorire la partecipazione dei giovani alla elaborazione dei programmi a livello locale, con particolare riferimento alle proposte di rinnovamento dell'organizzazione scolastica, alla strutturazione di momenti di aggregazione, alla creazione di soluzioni lavorative, nell'intento di ridurre situazioni di emarginazione e di marginalità giovanile;

d) potenziamento della collaborazione tra strutture socio-sanitarie locali e forze dell'ordine, al fine di acquisire una maggiore conoscenza dei vari aspetti del fenomeno, attivare corsi di qualificazione per gli operatori di polizia, promuovere interventi coordinati mirati alla riduzione della criminalizzazione del tossicodipendente ed alla lotta allo spaccio; potenziamento, in particolare, della collaborazione tra U.S.L., centri medici di assistenza sociale e Direzione degli Istituti carcerari per la corretta applicazione dell'art. 84 della legge 22-12-75, n. 685;

e) attivazione a livello regionale, e successivamente a livello di U.S.L., di:

– corsi di informazione per medici e farmacisti circa l'uso e l'abuso di sostanze psicotrope e stupefacenti, in collaborazione con gli ordini professionali;

– corsi di formazione ed aggiornamento degli operatori dei pronto soccorso, dei D.E.A., della guardia medica circa gli interventi urgenti per situazioni di overdose e di carenza;

f) proposte a livello nazionale per una diversa regolamentazione della pubblicità e del commercio di sostanze psicotrope e per le modifiche della legge 685/75;

g) possibilità di analisi delle sostanze in circolazione sul mercato clandestino mediante una attività comune delle forze dell'Ordine, della magistratura e delle strutture sanitarie;

h) individuazione di strumenti di informazione differenziata ai tossicodipendenti, agli amici, ai familiari, agli insegnanti, sui pericoli di intossicazione, sui rischi di complicanze, sulla sintomatologia delle patologie associate;

i) miglioramento delle possibilità e delle condizioni di ricovero in ogni ospedale generale per la disassuefazione e per le patologie associate, secondo progetti dettagliati contenuti nel programma zonale da redigersi in base alle indicazioni contenute al riguardo nella deliberazione del Consiglio Regionale n. 44-CR 315 del 13-1-1981;

l) studio e programmazione di interventi sulla popolazione per la modificazione degli stereotipi di lettura delle situazioni di tossicodipendenza;

m) incentivi alla creazione di soluzioni abitative (qualora non siano risolvibili nell'ambito familiare), di lavoro, culturali, ricreative, anche sperimentali, rispondenti alle effettive esigenze dei giovani (case albergo, comunità, attività artigianali, cooperative di lavoro, centri di incontro, ecc.), sia ai fini di cura che di reinserimento sociale;

n) attività di sostegno e di supporto alle famiglie, anche per permettere loro di assumere il necessario ruolo nel processo curativo e riabilitativo.

3. PARAMETRI DI VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'INTERVENTO

È estremamente importante non solo fissare obiettivi precisi e modalità operative adeguate, ma individuare parametri di valutazione che permettano di verificare periodicamente l'efficacia dell'intervento, la praticabilità degli obiettivi e l'adeguatezza degli strumenti per la loro realizzazione, all'interno del normale sistema informativo sanitario regionale.

Questa esigenza è particolarmente sentita, in quanto: le esperienze sia nazionali che internazionali non hanno finora dimostrato la definitiva validazione di uno o alcuni modelli operativi rispetto ad altri, non è stato finora affrontato compiutamente il problema dell'efficacia oltreché dell'efficienza degli interventi, si è posta scarsa attenzione al rapporto costo-beneficio dell'intervento stesso.

Considerando la realtà regionale sembra indispensabile l'individuazione dei seguenti parametri per ciascuno degli obiettivi, di cui ai punti precedenti:

1) quantità delle sostanze stupefacenti presenti sul mercato clandestino ed entità delle stesse sostanze sequestrate

– andamento dei prezzi del mercato clandestino delle sostanze stupefacenti

– numero degli utenti che afferiscono ai servizi

– segnalazioni di tossicodipendenti da parte dell'autorità giudiziaria e delle forze dell'ordine

– interventi di pronto soccorso per situazioni urgenti di carenza od overdose

– andamento del fenomeno in quartieri a rischio, da rilevarsi mediante indagini mirate

– quantità di psico-farmaci prescritti e venduti in zone campione

– vendite di siringhe per insulina

– quantità di alcolici consumati in zone campione;

2a) numero dei morti da overdose (analisi più dettagliata delle morti improvvise della popolazione a rischio)

– valutazione delle morti e dei ricoveri per patologie associate (epatite b, endocarditi, flebiti, nefropatie).

In subordine, anche per la complessità della organizzazione necessaria, si può esaminare la possibilità di valutare anche i seguenti parametri:

– valutazione della presenza di sostanze psicotrope nei liquidi biologici di conduttori di veicoli ricoverati per incidenti stradali

– ricerca anamnestica e tossicologica di pregressa tossicodipendenza nei suicidi e nei tentati suicidi di popolazione a rischio;

2b) indagini in trasversale su campione di popolazione, per verificare gli atteggiamenti, le immagini e gli stereotipi riguardanti il fenomeno

– modificazioni qualitativa e quantitativa delle modalità con cui la stampa e le fonti di informazione gestiscono le notizie inerenti ai tossicodipendenti ed al fenomeno in generale

– diminuzione delle attività illecite: denunce, arresti, carcerazioni

– miglioramento nella capacità di gestire i rapporti interpersonali: inserimento scolastico, inserimento lavorativo, diminuzione conflittualità distruttiva

– diminuzione del ricorso al mercato della droga

– analisi dei reati e delle recidive che conducono al fermo e alla detenzione

– domanda dell'utenza ai servizi di soluzioni abitative e di lavoro; risposte dei servizi e condizionamento della domanda da parte dei servizi stessi;

3) analisi dei vissuti soggettivi dell'utenza rispetto alla propria situazione di reinserimento sociale.

4. ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

L'intervento di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza è una funzione del servizio di assistenza sanitaria di base.

In ogni U.S.L. deve essere individuato un gruppo coordinato di operatori con caratteristiche di pluriprofessionalità, già impegnati in altre attività socio-sanitarie territoriali e inquadrati nei rispettivi servizi, con il compito di: effettuare l'accertamento degli stati di tossicodipendenza, di rilasciare certificazione dei relativi risultati, di predisporre il piano individuale di intervento (ai sensi del D.M. 7-8-80), di promuovere il coinvolgimento dei presidi socio-sanitari e delle strutture locali (medici di base, farmacisti, operatori delle carceri e delle caserme, servizi sociali di distretto, organizzazioni del lavoro e del tempo libero, associazioni di volontariato, ecc.) e di garantire il coordinamento degli interventi nel settore. La individuazione deve essere nominativa e comprendere il tempo da dedicare all'attività specifica da parte di ogni operatore in misura adeguata alle necessità di ogni U.S.L.

Il gruppo di operatori territoriali individuato dall'U.S.L. deve inoltre provvedere, secondo le indicazioni regionali, alla promozione della raccolta dei dati statistici ed epidemiologici per l'invio all'osservatorio epidemiologico regionale, all'attivazione di programmi di educazione sanitaria, di formazione e di aggiornamento degli operato-

ri a qualsiasi titolo impegnati nel settore, alla strutturazione di rapporti sistematici con l'autorità giudiziaria e le forze di polizia.

È compito degli operatori individuati redigere e proporre alla U.S.L. il programma di interventi nel settore e le successive relazioni di aggiornamento semestrali che l'U.S.L. deve inoltrare all'Assessorato Regionale alla Sanità, ai sensi delle deliberazioni del Consiglio Regionale 12-7-79 e 13-1-81 sopra citate.

Nessun intervento con farmaci sostitutivi degli oppiacei (ad eccezione di quelli che rivestono carattere di urgenza) può essere effettuato al di fuori delle procedure fissate nel programma predisposto dalla U.S.L., in ottemperanza alla normativa nazionale e regionale.

Sono previsti, sia a livello regionale sia in sedi decentrate (per gruppi di U.S.L.), momenti di coordinamento fra gli operatori individuati dalle U.S.L. per il confronto e la verifica periodica delle diverse esperienze locali e dell'andamento del fenomeno tossicodipendenze.

5. ORGANO TECNICO-CONSULTIVO

La complessità del fenomeno delle tossicodipendenze comporta la necessità di fruire a livello regionale della consulenza di un gruppo di esperti impegnati con diverse competenze nel settore.

La legge 685/1975 prevede infatti, fino « all'attuazione del servizio sanitario nazionale » un Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze.

A seguito della decadenza di tale Comitato, la Giunta Regionale ha deliberato con atto 21-4664 del 10-3-1981, la costituzione di una Commissione tecnico-consultiva regionale per le tossicodipendenze, che si conferma in carica fino alla istituzione del Consiglio Regionale di Sanità, con i seguenti compiti:

– formulare proposte per la elaborazione degli indirizzi programmatici e per gli interventi di competenza regionale;

– svolgere funzioni di consulenza;

– esprimere il parere sui programmi e sulle relazioni di aggiornamento presentati dai servizi delle U.S.L. ai sensi della deliberazione del Consiglio Regionale 12-7-1979, n. 489-C.R. 4870.

6. INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA. FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI

Nell'ambito dei programmi regionali di educazione sanitaria devono essere previsti momenti specifici di informazione sulle sostanze che inducono dipendenza, sui condizionamenti culturali e sulle condizioni di vita che determinano il ricorso a tali sostanze.

Non si ritiene né utile né possibile attuare un'informazione indiscriminata a tutta la popolazione, ma occorre programmare in via prioritaria momenti differenziati diretti alla popolazione maggiormente interessata al fenomeno, specialmente la fascia giovanile, prevedendo il coinvolgimento di operatori ed organismi già impegnati in ogni singolo settore: insegnanti, genitori, comitati di quartieri, organizzazioni sindacali, ecc.

Del pari è necessario prevedere nell'ambito dei programmi regionali di formazione, qualificazione ed aggiornamento professionale degli operatori corsi specifici, da concordarsi con gli enti interessati, rivolti a tutti coloro che a qualsiasi titolo intervengono nel settore, e precisamente:

– agli operatori dei servizi socio-sanitari delle U.S.L.;

– agli operatori dei pronto-soccorso, dei dipartimenti di emergenza, della guardia medica;

– ai medici ed ai farmacisti (in collaborazione con gli ordini professionali);

– agli operatori delle caserme, delle carceri, delle forze di polizia (in collaborazione con i rispettivi comandi);

– agli operatori scolastici (in collaborazione con i competenti comitati dei provveditori degli studi).

Finalità dei predetti corsi è di integrare ed omogeneizzare l'informazione che ciascun operatore possiede circa il fenomeno, fornire elementi di discussione e di riflessione per una crescita culturale degli operatori, offrire la possibilità di individuare obiettivi comuni pur nell'ambito delle rispettive competenze, omogeneizzare i linguaggi ed i messaggi che le istituzioni inviano alla popolazione.

A tal fine è necessario che nelle iniziative attivate sia a livello regionale sia a livello di U.S.L. siano di volta in volta coinvolti, in qualità di relatori o di coordinatori di gruppi di lavoro, rappresentanti degli enti che intervengono nel settore. Strumento indispensabile per la corretta impostazione dei momenti di informazione e di formazione sono i documenti, le informazioni statistiche ed epidemiologiche raccolte dal sistema informativo-epidemiologico regionale.

7. ATTIVITA' INFORMATIVA-EPIDEMIOLOGICA

La necessità di indagare e conoscere in concreto il complesso fenomeno delle tossicodipendenze e la sua evoluzione storica consiglia l'impostazione di una attività informativa-epidemiologica specifica, nell'ambito dell'osservatorio epidemiologico regionale.

Detta attività deve avere come primo obiettivo nel triennio la acquisizione di un'immagine conoscitiva diretta della diffusione dell'uso ed abuso di sostanze lecite ed illecite e della sua evoluzione nel tempo, nonché la misurazione dell'impatto dell'intervento di educazione sanitaria, di informazione e di attività di carattere socio-culturale e politico.

A tal fine devono essere attivate indagini mirate su gruppi di popolazione o zone ad alto rischio, secondo i parametri sopra indicati, coinvolgendo per quanto possibile l'utenza diretta e indiretta interessata.

Problema fondamentale del sistema informativo è l'attendibilità del dato segnalato ed il rapido ritorno della sua elaborazione ai servizi che operano sul territorio.

È, quindi, indispensabile coinvolgere direttamente gli operatori nella progettazione, elaborazione e valutazione dei singoli progetti di ricerca.

Il sistema informativo deve pertanto avere una impostazione flessibile, in grado di recepire prontamente le continue modificazioni del fenomeno.

8. IMPIEGO DELLE RISORSE

Per il raggiungimento degli obiettivi indicati è necessaria l'utilizzazione più razionale delle risorse già esistenti sul territorio sia di tipo sanitario che socio-assistenziale.

È però indispensabile attivare nuove modalità di intervento (vedi punto « m » delle modalità operative) che vadano oltre al ristretto campo sanitario e assistenziale.

In considerazione di quanto sopra esposto circa la non validazione di un modello univoco di intervento, si auspica l'attivazione di interventi diversificati, anche a livello sperimentale, purché nel pieno rispetto della personalità dell'utente.

Da quanto sopra emerge la necessità di un adeguato sostegno finanziario regionale per:

a) l'avvio ed il funzionamento dell'attività informativa-epidemiologica;

b) l'attivazione dei programmi di informazione, formazione ed aggiornamento degli operatori;

c) la progettazione e l'espletamento delle ricerche mirate;

d) la messa in atto da parte degli enti locali di momenti di interventi sociali, anche sperimentali, che vadano al di là degli attuali strumenti sanitari-assistenziali, privilegiando iniziative nelle zone a maggior incidenza del fenomeno. In particolare: comunità residenziali, interventi residenziali temporanei per situazioni di emergenza, soluzioni residenziali temporanee post-cura, cooperative di lavoro, con diversa articolazione territoriale di tali interventi in relazione alle necessità verificate.

e) il sostegno di iniziative di volontariato e di base, che abbiano obiettivi e modalità operative in linea con gli indirizzi regionali.

Per quanto riguarda i punti *d*) ed *e*) è necessario in via prioritaria procedere a:

– una seria ricognizione delle esperienze pubbliche o private già esistenti sul territorio regionale;

– un successivo finanziamento pubblico mirato, onde favorire la prosecuzione e lo sviluppo degli interventi già attuati, sia a carico del Fondo Sanitario, sia attraverso i fondi per le attività socio-assistenziali.

Il finanziamento delle attività indicate ai punti *d*) ed *e*) richiede uno stanziamento di 2 miliardi nel triennio.

Obiettivo del primo anno di piano è, in ogni caso, la determinazione quantitativa degli interventi di cui ai medesimi punti.

Allegato n. 21 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

AZIONI CONTRO L'UREMIA CRONICA

1. PREMESSA

Il programma per la prevenzione, cura e riabilitazione dell'uremia cronica per il quinquennio 1976-80, approvato dal Consiglio Regionale con deliberazione 28-9-1976, n. 108-C.R. 6534, aveva come obiettivo di rendere efficaci e coordinati gli interventi preventivi e curativi nel settore, onde garantire agli uremici cronici il pieno trattamento alle migliori condizioni ed al minor costo sociale.

I risultati al 31-12-1980: incremento del 127% degli uremici in dialisi (520 casi al 31-12-1975; 1184 al 31-12-1980), aumento percentuale dei pazienti che partecipano alla gestione del proprio trattamento dal 13,3% del pool totale del 1975 al 31,3% del 1980, incremento del rapporto pazienti/rene artificiale in ospedale dal 2,3 del 1975 al 3,3 del 1980, confermano la validità delle previsioni e delle indicazioni del piano e documentano un salto di qualità nell'assistenza e nella riabilitazione degli uremici cronici.

Quattro punti della politica sanitaria regionale sono stati determinati per il miglioramento dei livelli dell'assistenza dialitica, e precisamente:

- l'attivazione di centri dialisi esclusivamente in ospedali pubblici;
- il potenziamento delle modalità di trattamento a partecipazione attiva del paziente (a domicilio o in ambulatori ad assistenza limitata, regolamentate dalla legge regionale 25-11-1974, n. 34), di grande interesse, oltre per l'alto grado di riabilitazione del paziente, anche per la netta riduzione dei costi di dialisi (i costi della dialisi domiciliare e della self-dialisi sono rispettivamente del 26% e del 17% inferiori a quello della dialisi ospedaliera);
- l'inserimento in tutti i centri dialisi di medici specializzati in nefrologia, che hanno consentito oltre al miglioramento del livello delle prestazioni anche l'attivazione di ambulatori nefrologici ospedalieri, importanti per la prevenzione dell'uremia cronica;
- il programma di graduale sostituzione delle attrezzature obsolete, per l'adeguamento ed il perfezionamento anche dal punto di vista tecnologico del trattamento dialitico.

Per difficoltà tecniche ed organizzative non è stato possibile attivare entro il 1980 il centro di trapianti di rene presso l'Ospedale S. Giovanni di Torino, ma si sono creati i presupposti per un suo possibile avvio entro il 1981.

In particolare sono stati raggiunti i seguenti obiettivi:

- formale costituzione del centro trapianti nelle sue varie strutture: chirurgia vascolare, immunologia, nefrologia e dialisi, urologia, ecc.;
- ristrutturazione dei locali dei servizi interessati ed acquisto di attrezzature specifiche;
- primo adeguamento degli organici ed addestramento degli operatori presso centri di trapianto italiani e stranieri
- avvio e sviluppo del programma di studio, selezione e condizionamento immunologico dei candidati al trapianto.

Un'analisi dell'attuale situazione dell'assistenza dialitica in Piemonte consente di evidenziare, accanto ai risultati positivi al dicembre 1980, alcune problematiche che richiedono di essere affrontate a tempi brevi con la programmazione di idonei interventi:

1) il carico dialitico per nuovi trattamenti continua ad essere di circa 60 pazienti/milione di abitanti/anno – circa 270 ogni anno per la regione – che si sommano a quelli già in trattamento (1184 al 31-12-1980), ridotti solo da una mortalità inferiore al 10% all'anno e da un esiguo numero di trapianti (25 nel 1980 effettuati fuori regione). Anche con l'attivazione del centro regionale, il trapianto non potrà, per alcuni anni almeno, incidere in maniera rilevante sulla riduzione della popolazione in dialisi;

2) alcune sale dialisi ospedaliere hanno raggiunto o hanno superato il carico limite e non possono più garantire un'ulteriore espansione del trattamento in ospedale. La situazione è particolarmente critica per i due servizi dialisi dell'Ospedale S. Giovanni di Torino, che devono anche trattare pazienti inviati alle rispettive divisioni di nefrologia per terapie di alta specializzazione. L'avvio del centro trapianti accrescerà ulteriormente il carico del centro dialisi dell'Ospedale Molinette di Torino, già in difficoltà sotto questo aspetto;

3) in alcuni centri con un ampio pool dialitico i ricoveri per eventi intercorrenti (che spesso sono dovuti a fatti che interessano altre équipes, ad esempio chirurgiche) dei pazienti in dialisi stanno creando serie difficoltà all'espletamento dell'attività nefrologica, indispensabile anche ai fini preventivi;

4) la deospedalizzazione del trattamento dialitico ambulatoriale non è stata uniformemente attuata nella Regione ed esistono evidenti ritardi a livello di alcune zone nell'indirizzare i pazienti idonei a programmi di dialisi domiciliare e ad assistenza limitata.

Esistono tuttavia nella nostra Regione i presupposti culturali ed operativi per assicurare un proseguimento del trattamento sostitutivo dell'insufficienza renale su basi razionali e sicure e per superare le difficoltà di maggior rilievo.

2. OBIETTIVI

La validazione delle previsioni e delle indicazioni del citato programma di intervento per l'uremia cronica al 1980, almeno per la parte che ha trovato pratica attuazione, induce a riconfermarne gli obiettivi e gli indirizzi programmatici e metodologici anche per il triennio 1982-84.

Gli interventi nel settore devono pertanto proseguire secondo le direttive precedenti, che si riassumono di seguito, con alcune modificazioni dettate dai nuovi apporti tecnologici e metodologici.

1) Ogni centro dialisi ospedaliero deve continuare a garantire il pieno trattamento degli uremici cronici residenti nel territorio di competenza.

2) Il programma di addestramento dei pazienti alla partecipazione operativa alla dialisi ed alla consapevole gestione della terapia interdialitica deve essere generalizzato.

3) I sistemi di dialisi autogestita, in special modo a livello extraospedaliero (emodialisi domiciliare e ad assistenza limitata, dialisi peritoneale continua) debbono subire una ulteriore diffusione, con l'obiettivo di raggiungere almeno il 50% dei pazienti in trattamento.

Per la realizzazione di tale fine, nella motivata impossibilità per alcuni centri dialisi di avviare contemporaneamente tutti i programmi di dialisi extraospedaliera, è possibile, nel triennio in corso, stipulare accordi in tal senso con altri centri dialisi.

4) I posti dialisi ospedalieri devono avere uno sviluppo contenuto, in relazione alle reali necessità (vedi punto 13).

I centri dialisi ospedalieri aggregati a divisioni non di nefrologia devono progressivamente essere autonomizzati, mediante l'istituzione di servizi autonomi di nefrologia e dialisi.

5) I centri dialisi provvisti di adeguati requisiti devono potenziare i programmi di dialisi peritoneale, con particolare attenzione alla C.A.P.D. (= peritoneale continua), per valutare le possibilità e i limiti di questa metodica, anche in relazione al contenimento delle necessità dialitiche ospedaliere.

6) Devono essere avviati trattamenti sistematici con emofiltrazione per pazienti con cattiva tolleranza all'emodialisi (es. anziani, vasculopatici, diabetici, ecc.).

7) Le possibilità di ricovero nelle divisioni di nefrologia e dialisi devono essere correlate all'aumento del pool dei pazienti dializzati ed all'attività nefrologica. I servizi di nefrologia e dialisi devono ricoverare sotto la propria responsabilità i pazienti di pertinenza in degenze messe a disposizione dalla medicina generale, cui sono dipartimentalmente collegati.

8) Si deve sviluppare il programma di interventi in senso preventivo dell'uremia cronica.

Se occorre riconoscere che per molte nefropatie non esistono ancora interventi terapeutici atti a modificarne fondamentalmente l'evoluzione (anche se la ricerca in questo campo lascia intravvedere interessanti prospettive), per altre, invece, è possibile, già oggi, evitare o rallentare il decorso verso la distruzione terminale del rene, con ben maggiori vantaggi per i pazienti ed oneri nettamente ridotti per la società. Sono da ricordare la drastica riduzione delle glomerulonefriti dopo l'avvento della terapia antibiotica, gli incoraggianti risultati della terapia immunodepressiva in corso di immunonefropatie, ed i notevoli successi terapeutici in nefropatie infettive, vascolari, dismetaboliche, calcolotiche e in uropatie congenite.

Si deve, quindi, prevedere un ulteriore sviluppo della fase operativa per interventi in senso preventivo dell'uremia cronica su tutto il territorio della Regione, con il massimo utilizzo delle strutture sanitarie di base in stretto rapporto, anche sul piano culturale, con gli ambulatori nefrologici.

In particolare il piano operativo deve prevedere:

a) un programma di educazione sanitaria da operarsi attraverso le strutture sanitarie di base e referito a:

- sensibilizzazione delle famiglie rispetto ai rischi di nefropatie nei bambini (infezioni, malformazioni urologiche, ecc.);
- diffusione della conoscenza delle sostanze potenzialmente nefrotossiche (mediante campagne di informazione verso gli utenti e gli operatori sanitari sui rischi connessi all'abuso di analgesici);
- informazione sulla situazione di predisposizione genetica alle nefropatie ed a malattie con potenziali complicazioni nefrologiche (ipertensione - arteriosclerosi - diabete) e criteri igienici sanitari per la prevenzione;

b) costituzione di una rete di rapporti bidirezionali tra i servizi nefrologici e gli altri presidi sanitari (specialistici e di base) che si occupano di pazienti con patologie suscettibili di complicanze nefrologiche (patologia della gravidanza - ipertensione arteriosa - malattie metaboliche - malattie urologiche - litiasi);

c) inserimento programmato di semplici esami atti a registrare la presenza di nefropatie (esame urine - misurazione della PAOS) in vari momenti di controllo sanitario della popolazione;

d) potenziamento dell'attività di ricerca e di indagine epidemiologica rispetto alla possibile nefrotossicità di sostanze ad uso industriale, agricolo ed alimentare;

e) valutazione e verifica dei risultati su base regionale.

9) I programmi di aggiornamento regolare per il personale medico e paramedico dei centri dialisi devono essere potenziati.

Sulla scorta delle esperienze positive già accumulate in questi anni, e utilizzando strutture e potenzialità esistenti, è possibile attivare un programma di formazione permanente, vincolante per tutti gli operati, che garantisca uno standard operativo elevato ed omogeneo in tutti i centri della Regione. Orientativamente si indica:

a) per il personale medico: il potenziamento dei seminari e delle conferenze di esperti di altri centri italiani e stranieri nell'ambito della scuola di specializzazione in nefrologia, con programmi concordati con la Regione, le unità sanitarie locali, gli ordini dei medici;

b) per il personale paramedico: corsi di aggiornamento all'interno dei vari centri, secondo programmi comuni, e seminari a livello regionale dedicati a specifici problemi nefrologici e dialitici;

c) programmazione di stages di personale medico e paramedico presso altri centri nazionali ed esteri per l'apprendimento o l'approfondimento tecnico-metodologico.

10) Deve essere sviluppata la massima collaborazione fra i servizi che operano nella Regione, sia per il miglioramento dell'assistenza che per lo sviluppo delle nuove tecniche dialitiche e dei programmi di prevenzione.

I centri di riferimento, individuati nelle divisioni di nefrologia e dialisi, sono tenuti a svolgere un'attività di coordinamento con i centri afferenti, al fine di raggiungere una progressiva omogeneizzazione dell'assistenza e delle modalità operative.

11) I rilevamenti epidemiologici degli uremici cronici devono essere continuati con il regolare aggiornamento e perfezionamento del « registro regionale dei pazienti in dialisi ». Si devono, altresì, avviare sistematici controlli di qualità sui risultati e sulle prestazioni dei centri dialisi della Regione, con attività afferente al servizio regionale di osservazione epidemiologica e statistica.

12) I parametri dell'organico medico e paramedico dei centri-dialisi devono essere aggiornati in relazione sia ai notevoli progressivi tecnologici, sia alle nuove metodiche in via di sviluppo, sia alle differenti esigenze dei diversi servizi, secondo i criteri già adottati per il primo piano regionale per l'uremia cronica.

13) La rete dei servizi di dialisi deve essere adeguata alle necessità di trattamento dei nuovi utenti, secondo le indicazioni riportate ai punti precedenti.

Centri dialisi ospedalieri: oltre al centro di dialisi pediatrica annesso alla divisione di nefrologia dell'Ospedale Infantile di Torino dotato di n. 6 reni artificiali, ed al servizio di nefrologia e dialisi di Ivrea dotato di n. 14 reni artificiali, entrambi in via di ultimazione, è necessario attivare un servizio di nefrologia e dialisi presso l'Ospedale di Mirafiori a Torino, dotato di 14 reni artificiali.

È altresì urgente procedere all'ampliamento dei centri dialisi di Alessandria, Biella e Vercelli.

Servizi di dialisi ad assistenza limitata: oltre ai servizi di Rivoli, Susa, Novi, Cuneo, Galliate, Borgosesia, già autorizzati, si deve procedere alla programmazione di ambulatori decentrati di dialisi ad assistenza limitata nelle zone ove risiedono almeno 6 uremici cronici con l'indicazione alla dialisi autogestita.

A pieno regime la situazione dei centri dialisi ospedalieri dovrà essere quella riportata nell'allegato 28 della presente legge.

14) Attività di trapianto renale.

L'attività di trapianto renale, avviata presso l'ospedale Molinette di Torino dalla fine dell'anno 1980, nei suoi aspetti concernenti lo screening clinico ed immunologico dei candidati al trapianto, dovrà vedere negli ultimi mesi del 1981 l'esecuzione dei primi trapianti clinici di rene. Per gli anni 1982-83 si può prevedere che vengano eseguiti circa 25 trapianti all'anno. Un aumento del numero dei trapianti per gli anni successivi è legato sia all'esperienza della fase iniziale sia all'adeguamento strutturale da realizzare con gradualità. In seguito, si può calcolare di raggiungere un numero di circa 50 trapianti l'anno.

Per realizzare il programma è indispensabile coinvolgere i dipartimenti di emergenza e le neurochirurgie della Regione, perché collaborino al reperimento di organi.

L'attività del centro trapianti dovrà svolgersi attraverso le tre fasi, costantemente in atto, di:

a) costituzione e mantenimento del « pool » di candidati al trapianto

b) esecuzione propriamente detta del trapianto;

c) controllo del decorso del paziente successivamente al trapianto.

A questi effetti deve essere attivata una rete di rapporti fra il centro trapianti e gli ospedali della Regione che consenta il funzionamento coordinato del servizio. Tale rete deve riguardare:

a) i pazienti in attesa di trapianto (riferimento costante dai centri dialisi al centro trapianti per i controlli clinici dei pazienti e per l'invio periodico di campioni da analizzare e di informazioni sul decorso; contatto costante del centro con i centri dialisi per l'invio di risultati di analisi ed elenchi di indagini da svolgere in loco sui pazienti);

b) i donatori di organi (collaborazione con caratteristiche diverse a seconda che l'ospedale sia autorizzato o meno all'esecuzione del prelievo di organo).

Una serie di rapporti dovrà essere mantenuta anche con le principali organizzazioni collaborative per trapianto esistenti sul piano nazionale (in particolare Nord-Italia Transplant) ed internazionale, allo scopo soprattutto di migliorare le possibilità di trapianto per pazienti ad alto rischio, per lo scambio di organi non utilizzabili sul territorio di competenza e per il confronto costante delle metodologie adottate.

Il corretto espletamento delle funzioni sopra esposte richiede un adeguato supporto di un'attività informatica, indispensabile per controllare l'aggiornamento dei dati clinici e laboratoristici di ogni paziente in attesa di trapianto e soprattutto per esercitare in tempo brevissimo, quando si renda disponibile un organo, la scelta del paziente al quale trapiantarlo.

L'attività del centro trapianti è assicurata dipartimentalmente dai servizi di immunologia, di chirurgia vascolare, di nefrologia e dialisi, di urologia, ecc.

Il servizio di immunologia dei trapianti svolge le funzioni di centro regionale di riferimento di immunogenetica dell'istocompatibilità, ai sensi dell'art. 13 della legge 2 dicembre 1975, numero 644.

I servizi interessati al trapianto dovranno gradualmente adeguare il proprio organico, dopo approfondita analisi delle necessità nell'ambito dei programmi zonali.

Poiché l'esecuzione di trapianto di reni è prevista per gli ultimi mesi del 1981, si giudica necessario procedere ad una valutazione dell'attività dopo un anno dall'inizio, allo scopo di ricavare elementi utili per una successiva programmazione quantitativa su basi concrete.

I criteri per lo sviluppo e la distribuzione di attività nel territorio regionale sono contenuti nell'allegato 1 del presente piano.

Allegato n. 22 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

AZIONI NEI CASI DI EMERGENZA

1. PREMESSA

La Regione Piemonte nell'ambito della programmazione sanitaria intende realizzare prioritariamente una serie programmata e articolata di interventi per le emergenze.

Devono pertanto essere predisposti appositi servizi che garantiscono, nel modo più completo e più uniforme possibile, su tutto il territorio regionale e a tutti i cittadini, interventi adeguati ogni volta che si trovino in condizioni di emergenza sanitaria.

Cioè, ai cittadini colpiti da eventi per lo più non prevedibili che possono trasformare in pochi istanti un soggetto, magari in piena salute, in un essere in immediato pericolo di vita o, nella migliore delle ipotesi, in un candidato all'invalidità.

È inutile sottolineare come questi soggetti, proprio per l'imprevedibilità degli eventi che li colpiscono, non sono praticamente in grado di fare delle scelte e, indipendentemente dalla propria posizione sociale e dalle possibilità economiche, possono o meno trovare una confacente via di uscita dalla loro improvvisa e, a volte, drammatica situazione solo se possono contare su una rete positivamente organizzata di servizi di emergenza che sia sufficientemente distribuita nel territorio, tecnicamente adeguata, e costantemente disponibile.

Tale programma prioritario inteso a individuare nell'ambito della rete regionale di servizi sanitari pubblici, opportunamente riordinati, un complesso organico e integrato di punti nodali tecnicamente qualificati per le emergenze, a diversi e coordinati livelli di esercizio territoriale e funzionale, è già stato concretamente avviato nella precedente legislatura. È anzi stato occasione per un primo intervento programmatorio qualificante della Regione Piemonte, come anticipazione del piano.

Si fa riferimento a:

1) *Delibera del Consiglio Regionale n. 149 del 30 aprile 1975* istitutiva della rete dei 22 dipartimenti ospedalieri di emergenza e accettazione (D.E.A.) di 1° livello con riferimento comprensoriale e di 4 analoghi dipartimenti di 2° livello a riferimento intercomprensoriale.

2) *Delibera di Giunta Regionale n. 15-12562 del 6 febbraio 1978* istitutiva della centrale operativa, affidata al Comune di Torino, che funziona come riferimento unico delle chiamate di soccorso per l'intera area metropolitana torinese e per la prima cintura, e garantisce il coordinamento fra singoli DEA operanti in tale area nonché con le stazioni di ambulanze opportunamente dislocate nella città e nella prima cintura.

3) *Delibera di Giunta Regionale n. 34-22477 del 24 luglio 1979* istitutiva della guardia medica notturna, prefestiva e festiva in tutte le Unità locali della regione.

4) *Delibera di Giunta Regionale n. 1-14328 del 25 maggio 1978* istitutiva di 26 servizi di diagnosi e cura psichiatrica, *ex* legge 180, collocati presso gli ospedali sede di D.E.A. di 1° e 2° livello.

È quindi già stato delineato, e avviato operativamente, un organico dispositivo di rete regionale per le emergenze che nel corso del presente triennio di piano deve trovare unicamente il proprio razionale e coerente completamento funzionale.

Si richiamano qui, molto schematicamente, le varie articolazioni territoriali e funzionali del dispositivo in questione, con i conseguenti indirizzi programmatici da attuare nel triennio.

2. ATTIVITA' PER LE EMERGENZE DI BASE A LIVELLO TERRITORIALE

È noto che la più gran parte delle emergenze, a livello territoriale, possono essere affrontate e superate con un semplice intervento medico a domicilio o in ambulatorio. Purché l'intervento sia tempestivo e sufficientemente qualificato.

Quindi la prima esigenza che deve essere garantita per tutti i cittadini è la presenza, e/o la pronta disponibilità, in ogni unità locale, di uno o più medici che a turno garantiscano di rispondere in modo ragionevolmente tempestivo, alle chiamate urgenti di chiunque si trovi in stato di necessità.

Questi medici devono essere in grado di valutare se le condizioni del paziente consentono di superare il momento critico con semplici cure a domicilio, o in ambulatorio, oppure richiedano il suo trasferimento in una struttura più attrezzata come l'ospedale generale territorialmente competente, oppure anche direttamente al corrispondente ospedale sede di D.E.A.

Quindi primo importante e fondamentale anello della catena articolata dei servizi regionali di emergenza è il medico residente, nonché i servizi di guardia medica previsti per ogni unità locale della regione.

In questo quadro vanno individuati e perseguiti nel *triennio i seguenti obiettivi* qualificanti di completamento della politica regionale nel settore:

a) assunzione, come riferimento di principio per la strutturazione funzionale delle attività di emergenza di base, del livello distrettuale, così come viene definito dalle schede di rilevazione di distretto e dai conseguenti programmi di riordino dei servizi previsti per ogni unità locale;

b) conseguente ricerca del massimo possibile coinvolgimento, con opportune modalità, dei servizi medici di base in questo tipo di attività.

Fermo restando il legittimo intento di assicurare adeguati periodi di doveroso riposo per tutti i medici che operano con molto impegno, anche fisico e in zone spesso disagiate, intento giustamente perseguito dalle ultime convenzioni, non si può sottacere il rischio connesso con la possibilità di lasciare praticamente sguarnite di punti di riferimento ragionevolmente certi, come sono appunto i medici di base più esperti, intere zone della Regione per numerose ore della giornata e per interi giorni della settimana.

Rischio che non si può considerare responsabilmente superato solo con la prassi dell'attivazione dei servizi di guardia medica in parallelo, e per lo più affidati a sanitari alle prime armi.

Appare evidente che la soluzione di questo non secondario problema è legato a una più puntuale normativa degli strumenti convenzionali unici da perseguire a livello nazionale.

È tuttavia ragionevolmente possibile, in ciascuna unità locale, soprattutto a livello distrettuale o interdistrettuale, ricercare opportune modalità, consensualmente definite con i medici dei servizi di base interessati, per garantire a turno forme di pronta disponibilità o di facile reperimento. Il che appare altresì realisticamente percorribile anche solo utilizzando convenientemente gli accorgimenti messi a disposizione dalla tecnologia moderna.

Le attività per le emergenze di base a livello territo-

riale fin qui illustrate vanno poi convenientemente integrate, in ogni unità locale e soprattutto in quelle prive di presidio ospedaliero, con opportune presenze specialistiche di supporto presso le previste sedi poliambulatoriali.

Il che si ottiene mediante adeguato dimensionamento e distribuzione dell'orario giornaliero e settimanale degli specialisti chirurghi e ortopedici nelle dette sedi poliambulatoriali.

3. ATTIVITA' PER LE EMERGENZE IN SEDE OSPEDALIERA

Secondo anello qualificante è l'ospedale. In quanto molto spesso anche l'intervento tempestivo di un medico di base capace può risultare non sufficiente, e il paziente deve poter essere tempestivamente avviato presso un presidio più qualificato.

Possibilmente non deve essere avviato presso l'ospedale più vicino purchessia ma presso l'ospedale più attrezzato e più idoneo a ogni singolo caso e, possibilmente, a un ospedale già preavvisato.

A tal fine tutti gli ospedali generali unici previsti nella rete regionale sono stati opportunamente predisposti con organici dimensionati in modo da garantire, con opportune modalità, una attività permanente di pronto soccorso medico e chirurgico 24 ore su 24.

A tal fine gli organici delle divisioni di medicina e chirurgia devono garantire la guardia attiva, per le emergenze sia interne che esterne, per tutto l'arco della giornata nonché presenze di supporto di pronta disponibilità, con potenziamenti adeguati.

Come già detto, presso 26 presidi della rete ospedaliera regionale, con riferimento comprensoriale e intercomprensoriale (D.E.A. di 1° e 2° livello), sono stati predisposti organici in grado di consentire la presenza permanente, a turno, in pronto soccorso di almeno un assistente o un aiuto rispettivamente di medicina, di chirurgia e di anestesia-rianimazione.

A supporto di queste unità mediche sono state altresì predisposte altre unità di guardia interna attiva (soprattutto di ostetricia), nonché turni di pronta disponibilità espressi dai servizi e reparti specializzati presenti nei singoli ospedali.

Presso nessun ospedale, salvo che nell'Ospedale Molinette di Torino, il pronto soccorso ha organico proprio.

Tale scelta risponde all'esigenza del superamento di una vecchia concezione del pronto soccorso ospedaliero che vedeva i cosiddetti « servizi alla porta », cioè i servizi di primo impatto con l'utente, come semplice area di parcheggio e di smistamento. E quindi come palestra per i medici più giovani alle prime armi, mentre i medici più qualificati e più esperti tendenzialmente si rifugiano nelle attività cosiddette di elezione presso le corsie.

Nel dispositivo della Regione Piemonte è invece previsto che presso i « servizi alla porta » di ciascun ospedale debbano poter confluire, con modalità opportunamente articolate e il caso occorrendo, tutte le componenti più esperte e qualificate che ciascun ospedale può mettere a disposizione.

Non a caso quindi è stata adottata anche la dizione di dipartimento di emergenza e accettazione. Nel senso che questa dizione, nonché il principio organizzativo e funzionale che la sottende, se correttamente intesi, costituiscono il necessario e determinante punto di partenza, agendo proprio al momento del comune impatto con tutti gli utenti ospedalieri, per una più razionale riorganizzazione dei vecchi moduli funzionali dell'ospedale, quale è appunto richiesta dalla moderna concezione che si richiama all'esigenza dell'organizzazione dipartimentale del medesimo.

Nel corso del triennio di piano vanno individuati i seguenti obiettivi metodologici e organizzativi al fine del necessario potenziamento operativo del dispositivo regionale avviato:

a) attivazione completa degli organici assegnati a ciascun D.E.A.;

b) corretto e adeguato utilizzo delle dotazioni organiche disponibili. In questo quadro va richiamata la particolare attenzione e responsabilità a cui sono tenuti i nuovi dirigenti politico-amministrativi e tecnici delle singole unità locali interessate, nonché i singoli responsabili di servizi e reparti afferenti a ciascun D.E.A., in ordine al preciso diritto-dovere, nei confronti dei cittadini utenti e della intera comunità, di garantire in ogni caso in via prioritaria la confluenza organizzata presso il dipartimento delle migliori competenze professionali disponibili e che di volta in volta si rendono necessarie;

c) ricerca di permanenti e organici collegamenti dei servizi medici di base, e relative attività di emergenza, con i servizi di pronto soccorso degli ospedali nonché dei dipartimenti di emergenza e accettazione territorialmente competenti;

d) integrazione funzionale in rete fra attività di emergenza, e anche di ricovero, svolte dagli ospedali generali unici e dagli ospedali di riferimento comprensoriale e intercomprensoriale sede di D.E.A.

Integrazione funzionale d'altra parte già positivamente sperimentata in alcuni casi (tipo ospedali della Bassa Valle di Susa e D.E.A. dell'ospedale di Rivoli).

Processo questo che può essere operativamente facilitato dalla unificazione dei centri di chiamata e soccorso che sono oggetto di definizione al punto seguente;

e) per quanto concerne gli interventi previsti per le emergenze psichiatriche si rimanda all'allegato 17 alla legge di piano.

4. SERVIZIO DI SOCCORSO URGENTE NEL TERRITORIO (S.S.U.T.)

Il disegno regionale di servizi per le emergenze necessita inoltre di un altro elemento, dal cui buon funzionamento dipende largamente anche la resa globale degli altri due elementi descritti in precedenza, cioè del dispositivo nel suo complesso.

In realtà il pronto soccorso non si esaurisce in ospedale. Si continua nell'ospedale ma comincia nel territorio.

Certamente, e soprattutto, con una presenza diffusa e qualificata di attività di emergenza di base garantita dagli specifici servizi già descritti al precedente punto 2., ma anche con l'invio del soccorso, più tempestivo e tecnicamente più efficace possibile, sul luogo stesso in cui si è verificata l'emergenza.

È noto che la vita di molti infortunati corre spesso sul filo dei minuti, e che le possibilità di un intervento efficace delle competenze tecniche fornite da un ospedale, quando ci sono, risultano a loro volta ampiamente condizionate dal tempestivo arrivo di una ambulanza e/o elicottero e anche, non va dimenticato, dalle stesse prime cure prestate sul posto, e magari continuate adeguatamente durante il percorso verso l'ospedale, dal personale della medesima ambulanza.

In base a questi presupposti metodologici e di principio il piano regionale programma e istituisce la rete regionale dei servizi di soccorso urgente nel territorio (S.S.U.T.), che non vuole essere una semplice sommatoria delle attuali ambulanze e del relativo personale, pur prezioso e benemerito, oggi dipendente dalle varie « croci » e dai vari ospedali.

Vuole invece essere il disegno ragionato di una rete generale e integrata di razionali ed efficienti stazioni di ambulanze, dotate di personale sempre più preparato e qualificato, quanto più possibile perequata sul territorio ma, soprattutto, adeguatamente coordinate.

Pertanto il S.S.U.T. deve essere articolato secondo le seguenti modalità, che devono essere oggetto di specifici interventi programmati nel corso del triennio di piano:

a) Centri di chiamata e soccorso a riferimento comprensoriale (C.C.S.C.)

Deve essere prevista una conveniente centralizzazione delle chiamate, inizialmente almeno a livello di comprensorio.

Se sarà tecnicamente possibile dovrà essere adottato un numero telefonico unico, breve e facile da ricordare, valido possibilmente per tutta la Regione.

Non dovrà identificarsi con il noto 113, anche se dovrà avere col medesimo opportuni collegamenti.

Questo numero deve essere il punto di riferimento obbligato per tutte le chiamate di soccorso urgente che richiedano la messa in attività di funzioni ospedaliere o di stazioni di ambulanze nelle singole unità locali di riferimento.

Vanno individuate, comprensorio per comprensorio e in accordo con le singole unità locali interessate, eventuali possibilità di allacciamento anche con le sedi distrettuali o interdistrettuali di guardia medica, secondo una modalità già positivamente sperimentata nell'ambito della centrale operativa di Torino. Tali attività dovranno essere coordinate su base regionale, nel quadro del collegamento con le strutture della protezione civile.

Da questo numero deve in ogni caso partire una risposta che comunemente si definisce « adeguata e intelligente ». Se necessario data da un medico in grado di fare un primo sommario bilancio dell'emergenza da affrontare, e di dare i primi consigli telefonici a chi ha fatto la chiamata nonché le prime indicazioni all'equipaggio della stazione di ambulanze territorialmente competente che deve essere opportunamente mobilitata.

Nei singoli comprensori questo numero di raccolta e di evasione delle chiamate viene collocato negli ospedali sede di D.E.A. di 1° e 2° livello.

Presso i comprensori nei quali i D.E.A. sono più di uno (comprensori 1 - 8 - 14) verranno individuate le unità locali di competenza di ciascuno dei D.E.A. in questione. Vanno inoltre definiti i necessari collegamenti permanenti da programmare fra D.E.A. di 1° e di 2° livello.

Dal previsto numero unico del centro di chiamata e soccorso dipendono anche le istruzioni per la mobilitazione delle ambulanze collocate nelle previste stazioni che pertanto devono essere adeguatamente collegate, possibilmente anche per radiotelefono, con l'ospedale dipartimentale di riferimento.

b) Stazioni di ambulanze.

Presso ognuno dei 26 ospedali sede di D.E.A. deve avere collocazione una stazione di ambulanze con tre turni giornalieri di autisti-barellieri.

Tali ambulanze di norma non devono essere adibite alle consuete attività di trasporto infermi da e per l'ospedale nonché fra ospedali, ma devono essere permanentemente disponibili per le emergenze territoriali e per il trasferimento di pazienti in condizioni di emergenza fra D.E.A. in relazione a specifiche competenze nosologiche.

Le stazioni presso i D.E.A., oltre che rispondere a intuibili esigenze di ordine pratico e operativo, sono previste anche al fine di garantire, se necessario, la presenza a bordo di personale medico (in particolare anestesista-rianimatore) nonché di personale paramedico qualificato messo a disposizione dal D.E.A. di competenza.

Le ambulanze di tali stazioni devono avere caratteristiche tali da consentire le attività rianimatorie ed anche il carico di moduli e attrezzature per la terapia intensiva neonatale. Deve inoltre essere garantita la presenza a bordo di un medico del servizio di neonatalogia dell'ospedale sede di D.E.A. in caso di richiesta di trasporti specifici.

I programmi di riordino delle unità locali devono prevedere almeno una stazione di ambulanze adeguatamente collegata con il centro di chiamata e soccorso territorialmente competente.

Numero e caratteristiche delle autoambulanze nonché le relative dotazioni di equipaggi sono definite con criteri e disposizioni regionali.

Possono venire utilizzate autoambulanze di proprietà delle unità locali con personale dipendente dai ruoli sanitari regionali come anche automezzi e personale di assistenza messo a disposizione da parte delle Associazioni di volontariato secondo convenzioni tipo predisposte dalla Regione.

Tutti i dipartimenti di emergenza e accettazione, nell'ambito dei propri programmi di didattica, sono tenuti a programmare almeno corsi annuali di formazione, riqualificazione e aggiornamento del personale, dipendente o messo a disposizione dalle Associazioni di volontariato, comunque operante nelle stazioni di ambulanze collegate con i singoli D.E.A.

La Regione, e per essa l'Assessorato competente, deve predisporre idonei mezzi di comunicazione riservati (linee telefoniche, ponti radio, radiotelefoni, ecc.) per garantire sollecite e facili comunicazioni dirette, a livelli territoriali adeguati, fra le singole articolazioni della rete regionale dei servizi per le emergenze più sopra elencati.

Per le unità locali con popolazione a maggioranza residenti in zone di montagna deve essere predisposto nel triennio, almeno in via sperimentale, un dispositivo di soccorso a mezzo di stazioni di elicotteri.

5. INTERVENTI STRAORDINARI PER CALAMITA' NATURALI E NELL'AMBITO DELLA PROTEZIONE CIVILE

La legge 8 dicembre 1970, n. 996, e il Regolamento di attuazione della medesima contenuto nel D.P.R. n. 66 del 6 febbraio 1981, definiscono criteri e norme in ordine al soccorso e l'assistenza alle popolazioni colpite da calamità, nonché modalità per la necessaria mobilitazione di strumenti e funzioni operative programmati ai fini della protezione civile.

Gli artt. 44, 45, 46 di detto Regolamento dettano altresì norme in ordine agli interventi igienico-sanitari e veterinari d'urgenza nonché al concorso della C.R.I. ai soccorsi sanitari.

Vanno pertanto puntualizzati criteri e modalità con cui viene programmaticamente resa possibile la necessaria eccezionale mobilitazione del potenziale espresso dalla rete di servizi sanitari regionali per l'emergenza, descritta in precedenza, anche in caso di calamità naturali che si verifichino nella regione, oppure a supporto di interventi di solidarietà in altre regioni, nel quadro delle iniziative che vengono predisposte dagli organi e uffici competenti, a livello centrale e periferico, secondo le norme contenute nella citata legge n. 996 e nel D.P.R. n. 66.

In questo quadro vanno opportunamente predisposte e attivate nell'ambito delle funzioni della Regione Piemonte le seguenti iniziative:

a) creazione di uno specifico organismo, nell'ambito dell'Assessorato competente, con il compito e la responsabilità di provvedere alla eventuale eccezionale mobilitazione delle articolazioni della rete regionale di servizi per l'emergenza sanitaria predisposti dal piano, nonché agli eventuali potenziamenti della medesima, che si rendessero contingentemente necessari, tramite anche la straordinaria chiamata di personale sanitario di normale pronta disponibilità e/o volontario, nel quadro di una positiva e organizzata attività di coordinamento.

Attività di coordinamento che deve altresì prevedere adeguate forme di collegamenti interassessorili, promossi e facenti capo alla Presidenza della Giunta Regionale.

Sotto questo profilo va inoltre sottolineato come la resa funzionale di un dispositivo di emergenza così riccamente articolato, la cui generale ed eccezionale mobilitazione si

rende necessaria in caso di calamità naturali, ha come indispensabile presupposto tanto la opportuna individuazione di punti di riferimento territoriali sicuri e noti a cui affidare precise responsabilità di coordinamento, quanto la garanzia che tali elementi di riferimento istituzionale possano contare su una rete di strumenti, positivamente organizzati, potenzialmente ampliabili secondo differenziate circostanze, dotati di opportuni permanenti collegamenti e infine costantemente disponibili.

La rete di D.E.A., pronti soccorsi ospedalieri, con gli eventuali supporti predisposti, nonché di stazioni di ambulanze descritta in precedenza risponde appunto a tali esigenze di primo qualificato intervento, opportunamente concentrabile in breve tempo in località colpite da calamità;

b) corretta individuazione di singole o globali componenti della rete dei servizi sanitari di emergenza di volta in volta oggetto di eccezionale mobilitazione differenziata a seconda delle diverse evenienze che si possono verificare.

In questo quadro vanno distinte le seguenti possibili evenienze che necessitano di contestuali ma differenziati interventi:

a. Alluvioni
b. Terremoti
c. Tifoni e trombe d'aria
d. Incendi particolarmente diffusi o interessanti edifici con comunità numerose
e. Disastri automobilistici, ferroviari o aerei
f. Intossicazioni collettive da generi alimentari o da altre cause
g. Inquinamenti da sostanze derivanti da fissione nucleare

Ciascuna di queste evenienze richiede interventi sanitari che hanno caratteristiche comuni a tutti i tipi di evenienze e altre che richiedono invece interventi più specifici, e che attengono le strutture da una parte e le specializzazioni mediche dall'altra.

Per quanto attiene le strutture vanno individuati due elementi di fondo:

a) unità mobili quali autoambulanze attrezzabili, o elicotteri nel caso di interruzione della viabilità, da predisporre in vista della loro eccezionale utilizzazione nel territorio in cui si è verificata la calamità, e/o presso i luoghi di temporanea evacuazione della popolazione colpita;

b) possibile aumento della recettività dei normali ospedali, soprattutto di quelli sede di D.E.A. di 1° e 2° livello. Sotto questo profilo risulta opportuno predisporre, almeno presso gli ospedali in sede di riferimento intercomprensoriale, opportuni locali normalmente sgombri ma dotati di opportune prese di ossigeno e occupabili con letti di emergenza;

c) l'ospedale da campo.

Tali accorgimenti sono già stati predisposti ad esempio presso il dipartimento di emergenza traumatologica del CTO.

Per quanto concerne le competenze mediche differenziate più utilmente mobilitabili a seconda delle citate evenienze valgono i seguenti criteri:

– competenze mediche necessarie in ognuna delle richiamate evenienze sono quelle degli anestesisti-rianimatori. Si rende pertanto indispensabile, anche sotto questo profilo, privilegiare prioritariamente l'attivazione degli organici dei servizi di anestesia e rianimazione degli ospedali sede di D.E.A.;

– nel caso delle evenienze elencate ai punti da *a*. ad *e*. (alluvioni, disastri automobilistici, ferroviari, o aerei) le competenze mediche più utili vanno ricercate soprattutto nell'ambito dell'ortopedia-traumatologia con il supporto di esperti di chirurgia plastica e trattamento delle ustioni.

In subordine vanno previsti interventi organizzati di supporto da parte di specialisti chirurghi e medici generali;

– le evenienze di cui al punto *f*. (intossicazioni collettive da generi alimentari o da altre cause) necessitano invece, oltre naturalmente agli interventi immediati, e di più lungo periodo, di competenza dei servizi zonali e multizonali di Sanità Pubblica ai fini della bonifica dell'ambiente, anche di competenze, di carattere prevalentemente medico-internistico.

Un particolare impegno e una specifica attenzione, attesa anche la relativa novità dell'argomento nonché il fatto che nel nostro paese tale evenienza non si è ancora verificata, per cause fortunate e oggettive, merita inoltre il particolare problema dell'inquinamento eccezionale e massivo, se pur territorialmente localizzato, da parte di sostanze nucleari, di cui al punto *g*. (inquinamento da sostanze derivanti da fissione nucleare).

Anche in questo caso tuttavia ragionevoli e realistiche modalità per superare convenientemente anche le eventualità di tali gravi inquinamenti appare legata, in primo luogo, alla adeguata predisposizione di interventi permanenti e organizzati per la normale protezione degli addetti alla lavorazione, all'interno stesso delle centrali nucleari.

Inoltre, e a naturale completamento di queste specifiche attività sanitarie di controllo ambientale, di protezione e soccorso urgente, da praticare all'interno delle centrali nucleari, vanno altresì predisposte opportune iniziative da adottare presso i D.E.A. territorialmente competenti al fine di fare adeguatamente fronte a impreviste, se pur occasionali e limitate, deficienze dei normali sistemi di protezione previsti all'interno delle centrali.

Tali interventi di normale protezione e di pronto intervento in favore degli addetti, molto schematicamente comprendono le seguenti possibili evenienze:

1) contaminazione interna,
2) contaminazione cutanea esterna persistente,
3) ferita contaminata,
4) grave infortunio con possibile contaminazione,
5) irradiazione grave (oltre 200 REM),
6) irradiazione non grave (meno di 200 REM).

Presso le centrali nucleari vanno quindi predisposti i seguenti interventi e strutture permanenti:

1.*a* – opportune scorte di materiali adatti al pronto soccorso e al trattamento rapido di ogni tipo di contaminazione radioattiva;

1.*b* – adeguati locali di infermeria dotati delle attrezzature necessarie per la pulizia di eventuali ferite contaminate nonché per eventuali brevi degenze di addetti che siano stati esposti a radiazione esterna inferiore a 200 REM;

1.*c* – attrezzature per la valutazione di contaminazioni radioattive;

1.*d* – adatti contenitori per liquidi biologici da analizzare;

1.*e* – garanzia di tempestivo intervento di almeno un medico autorizzato di pronta disponibilità nonché di un fisico sanitario messo a disposizione da parte del servizio multizonale di Sanità Pubblica territorialmente competente.

A queste competenze sanitarie va affiancato, il caso occorrendo, anche un esperto qualificato.

All'esterno delle centrali nucleari, e a supporto delle strutture e interventi interni sopra richiamati, deve inoltre essere predisposto quanto segue:

2.*a* – Ambulanze per il trasporto in ospedale.

2.*b* – Opportuni accordi con i D.E.A. territorialmente competenti (nel caso dello CNEN di Saluggia i D.E.A. di

Chivasso e Vercelli nonché il CTO di Torino per casi di gravi traumi, ustioni o irradiazioni radioattive oltre 200 REM).

Tali accordi devono garantire la immediata recettività, con adeguato preavviso, degli addetti necessitanti ricovero o, in alternativa, la tempestiva esecuzione di eventuali analisi di laboratorio.

I fisici sanitari in tali casi devono essere disponibili per l'esecuzione di controlli della contaminazione e della eventuale decontaminazione radioattiva sulla cute, nonché su indumenti, superfici, attrezzature e ferri chirurgici all'interno dell'ospedale.

2.c - Va inoltre previsto, con funzione di supporto, l'eventuale intervento anche di dosimetristi dello CNEN di Bologna.

Si è ritenuto opportuno esplicitare, se pur molto schematicamente, le evenienze e i conseguenti necessari interventi in favore e a protezione degli addetti, che risultano più direttamente esposti a rischi di contaminazioni radioattive, in quanto tali normali misure, se predisposte e attivate in modo permanente, costituiscono modalità tipo di intervento utilizzabili anche nei casi in cui l'inquinamento da sostanze radioattive dovesse malauguratamente risultare massivo, e interessare zone più o meno vaste intorno alla centrale nucleare.

Appare evidente che in tali evenienze risulterebbero del tutto insufficienti le sole disponibilità regionali, se pur adeguatamente potenziate attraverso la eccezionale mobilitazione di tutte le competenze disponibili nella Regione.

E questo tanto per i problemi di valutazione del grado ed estensione della contaminazione dell'ambiente nonché della popolazione colpita da radioattività, quanto per le conseguenti e necessarie attività di decontaminazione.

Ferma restando quindi l'opportunità di predisporre e rendere tempestivamente disponibili, per primi interventi di decontaminazione, uno o più ospedali da campo, muniti di specifiche dotazioni, d'altra parte necessari anche per altre evenienze, risulta evidente che in caso di inquinamento massivo ed esteso legato a un imprevisto guasto di una centrale nucleare, è comunque necessario fare appello alla solidarietà interregionale e anche internazionale per avere garantito il tempestivo e coordinato intervento di tutte le competenze organizzate disponibili in tale più vasto ambito.

Allegato n. 23 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

RACCOLTA E DISTRIBUZIONE DEL SANGUE UMANO A FINI TERAPEUTICI

Il particolare impegno della Regione Piemonte in questa direzione si è già concretizzato attraverso specifiche iniziative attuate nel corso della passata legislatura e nel primo scorcio della presente. E segnatamente:

a) redazione, attuata con il valido contributo di tecnici del settore insieme con qualificati rappresentanti delle associazioni dei donatori volontari, di uno specifico documento di piano contenente criteri e modalità per individuare compiti, attività e livelli di esercizio territoriale dei centri trasfusionali e delle loro articolazioni operative, nonché le forme di positivi rapporti con le associazioni di volontariato locali, anche al fine di definire le rispettive sfere di conveniente attività complementare e integrata;

b) delibere della Giunta Regionale sugli indirizzi generali da seguire per la raccolta di sangue e gli impegni esecutivi collegati ad uno specifico « Programma di solidarietà con la Regione Sardegna », oggetto di un protocollo concordato fra gli Assessori alla Sanità delle due Regioni, finalizzato al rifornimento programmato di concentrati eritrocitari necessario a coprire il fabbisogno di trasfusioni mirate in favore dei soggetti talassemici della Regione sarda.

Si sottolinea la contestuale finalità di tali iniziative in quanto in primo luogo la puntuale definizione delle articolazioni, modalità operative e distribuzione territoriale perequata dell'intera rete regionale di centri trasfusionali ha reso concretamente possibile di dare reale operatività al citato « Programma di solidarietà con la Regione Sardegna ».

In secondo luogo tale « programma » e la sua attuazione, prevista con tappe semestrali da attuare entro il 1982, è stata altresì l'occasione per una più puntuale verifica della reale potenzialità operativa dei singoli servizi interessati, in ordine alla raccolta e lavorazione del sangue, nel proprio ambito comprensoriale di competenza, ma anche per un conseguente, graduale e differenziato programma di aumento in personale e attrezzature con lo scopo di incrementare convenientemente tale potenzialità.

Tale metodologia di approccio al problema, già d'altra parte utilizzata anche per altre componenti del settore della diagnostica e terapia strumentale, non solo ha dimostrato la sua efficacia pratica e operativa ma consente altresì di individuare in modo più pertinente e compiuto anche gli obiettivi di piano da raggiungere nel triennio mediante, appunto, la coerente e permanente applicazione positiva di tale metodologia.

Si individuano quattro contestuali obiettivi generali.

1) Rendere ciascun riferimento comprensoriale completamente autosufficiente per il proprio fabbisogno interno. Sono attualmente da riportare a regime in questo senso i comprensori 4 e 14.

2) Verificare, anche con opportuni incontri a livello di Assessorati Regionali interessati, l'opportunità di regolamentare in modo più razionale dell'attuale alcune prassi stabilitesi nel tempo e che vedono attività di raccolta svolte in alcuni punti della nostra Regione da parte di servizi o associazioni di Regioni contermini. Analoghe verifiche di opportunità vanno previste per trasferimenti, non concordati né coordinati nella sede regionale competente, di sangue raccolto dai servizi trasfusionali pubblici e convenzionati del Piemonte, verso altre Regioni.

3) Predisporre collegamenti interregionali permanenti per lo scambio di singole componenti separate del sangue raccolto al fine di acquisire dai centri interregionali previsti dal piano nazionale emoderivati a lunga conservazione e di costo non commerciale.

Non è prevista l'istituzione di un centro per tali emoderivati in Piemonte.

4) Garantire su tutto il territorio regionale una media perequata di donatori volontari pari almeno al 2% della popolazione delle singole Unità locali con un ritmo di donazioni/anno pari a 2 per donatore.

Soprattutto per il raggiungimento dell'ultimo degli obiettivi generali illustrati si rendono necessarie le seguenti iniziative programmate a favore di:

A – *Servizi trasfusionali*

A.1 – Completamento della Rete Regionale di servizi trasfusionali pubblici mediante la completa attivazione dei medesimi nei comprensori (6-10-11-12-14) che ne sono ancora privi, e debbono definire la sede ospedaliera di riferimento comprensoriale, oppure debbono ancora raggiungere una adeguata funzionalità operativa.

A.2 – Attivazione di speciali corsi per tecnici di centri trasfusionali, in analogia di quelli già in funzione per tecnici di laboratorio aperti a diplomati di istituti tecnici superiori a norma dell'art. 132 del D.P.R. 130.

Incentivazione per il tirocinio di personale medico e laureato dei ruoli speciali.

A.3 – Graduale potenziamento degli organici e dotazioni strumentali in relazione al contestuale mantenimento degli impegni assunti da ciascun servizio sia in ordine a specifici « programmi » definiti dalla Regione, sia in ordine a iniziative assunte per le attività di consulenza nonché di preparazione e addestramento del personale laurato e tecnico che si rendono necessari per la reale attivazione dei servizi di nuova istituzione e/o per il funzionamento a regime di quelli esistenti solo nominalmente.

A.4 – Iniziative regionali anche in direzione di specifiche concordate proposte legislative da formulare in vista della nuova « legge quadro » in corso di discussione in Parlamento, al fine anche di fare approvare adeguati riconoscimenti del servizio prestato dagli operatori dei centri trasfusionali dipendenti dalle associazioni di volontariato, e che rendano possibile la loro utilizzazione a pieno titolo nell'ambito dei servizi trasfusionali pubblici.

B – *Associazioni di donatori volontari*

Premesso che qualsiasi piano di « raccolta e distribuzione di sangue a fini terapeutici » ha come indispensabile presupposto una generalizzata e razionalmente programmata incentivazione della donazione e raccolta del sangue e

che questa si realizza essenzialmente con l'apporto entusiasta e consapevole delle associazioni regionali e locali dei donatori e facilitando la crescita delle loro tradizionali capacità di promuovere e organizzare le donazioni, le iniziative di piano nel triennio devono essere le seguenti:

B.1 – Predisposizione di opportune e permanenti modalità di sostegno, che consentano alle singole associazioni adeguate e autonome forme di promozione della donazione.

B.2 – Periodico e tempestivo aggiornamento delle quote spettanti alle associazioni, comprese nel costo delle unità di sangue prelevato.

B.3 – Individuazione e promozione di positive forme di permanenti rapporti delle associazioni con i servizi trasfusionali territorialmente competenti.

Ferma restando la piena e doverosa salvaguardia della responsabilità funzionale e operativa dei servizi trasfusionali, nonché dei loro responsabili e delle loro équipes, vanno pertanto ricercate opportune modalità che consentano e favoriscano la consapevole partecipazione e il positivo coinvolgimento delle associazioni su tutti i singoli aspetti delle varie attività svolte dai servizi trasfusionali, fermo restando che le attività di coordinamento tra i vari servizi trasfusionali sono di competenza della Regione.

Allegato n. 24 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

ASSISTENZA ALLE MALATTIE CRONICHE

I problemi delle malattie croniche ed invalidanti hanno caratteristiche generali molto simili anche se varia, per ciascun malato o malattia, il diverso embricarsi delle singole necessità. I criteri per risolvere questi problemi possono essere quindi trattati unitariamente riconfermando la strategia di piano che responsabilizza prioritariamente in ogni caso i servizi di base.

Bisogna tuttavia tenere presente che occorre intervenire su soggetti con problemi molto particolari e di soluzione non facile, spesso di natura non solo sanitaria ma anche sociale; occorre quindi, pur rifiutando la logica dei servizi di settore, configurare una modalità precisa di intervento dei normali servizi e di coordinamento degli stessi sia in ogni U.S.L. che in rete regionale.

Tale strategia deve essere concretata in programmi specifici che contemplino:

1) la dimensione esatta dei singoli fenomeni, su precisi dati, di fatto in ogni U.S.L.;

2) le precise e documentate necessità di ogni paziente o gruppi di pazienti secondo standards scientificamente validi ed, in prima istanza, quantificati con criteri di minimo indispensabile;

3) le modalità di intervento con il conferimento del ruolo maggiore ai normali servizi distrettuali o comunque di U.S.L. compatibilmente con le esigenze tecniche.

Tale ultimo punto dovrà articolarsi in:

a) educazione ed informazione della popolazione a carattere preventivo;

b) educazione del malato e dei familiari verso la massima autogestione possibile nella malattia;

c) informazione e preparazione di tutti gli operatori, specie di quelli distrettuali, che assumono in ogni caso ruolo primario;

d) coordinamento degli operatori coinvolti in ogni U.S.L. con adozione di protocolli diagnostico-terapeutici e massima espansione delle attività ambulatoriali e di ospedale di giorno per i pazienti non necessitanti di ricovero e individuazione nel gruppo di operatori dei diversi servizi (in special modo nell'area internistica) di particolari referenti che approfondiscano le singole materie;

e) adozione di tutte le misure integrative e sociali necessarie per il normale inserimento nella vita familiare e lavorativa.

Nelle aree internistiche più complesse e di maggiori dimensioni dovranno essere collocate le necessarie funzioni di riferimento e consulenza per gruppi di problemi, in prima istanza nei quattro poli già previsti per le attività oncologiche, con possibilità tuttavia di maggiore periferizzazione per singole materie.

Tali aree assicureranno alle U.S.L. di competenza sia la consulenza sia, nei casi più diffiicili, il trattamento diretto dei malati e la formazione degli operatori. Tutto ciò senza la creazione di servizi ad hoc oltre a quelli previsti espressamente dal piano ma attraverso il loro coordinamento e la formazione di gruppi di lavoro al loro interno.

Attenzione massima dovrà essere posta a non surrogare i normali servizi di U.S.L. nella assistenza diretta.

Attraverso il coordinamento a rete di tali attività di riferimento, da attuarsi attraverso il Consiglio regionale di sanità, dovrà essere assicurata:

– la formazione di protocolli,

– la impostazione della sperimentazione e della ricerca, ecc.,

senza configurare tuttavia ulteriori livelli gerarchici o di concentrazione delle funzioni anche se alcune aree di riferimento sono obiettivamente più dotate per ragioni territoriali e più in grado di altre di svolgere le attività più complesse.

I problemi infantili in questo ambito vanno risolti in area pediatrica, attraverso un suo specifico orientamento analogo a quello descritto per le aree internistiche dell'adulto ed il coordinamento con queste ultime.

L'area pediatrica partecipa quindi al coordinamento di U.S.L. sugli specifici problemi, ed assume nelle U.S.L. con funzioni di riferimento le necessarie caratteristiche per assicurare le stesse in campo pediatrico.

Queste ultime tuttavia trovano in genere distribuzione meno diffusa rispetto a quelle per l'adulto sia per la maggior complessità dei problemi nelle età più precoci sia per la minore dimensione della casistica.

In genere esse sono sempre collocabili in prima istanza nel polo di Torino; un loro ulteriore decentramento dovrà seguire la distribuzione nella rete dei servizi pediatrici più complessi (chirurgia e rianimazione pediatrica) quindi nei poli di Alessandria e Novara e dovrà dipendere dalla casistica emergente; ciò vale anche per le attività oncologiche.

Fra i problemi di assistenza più seri per l'adulto e il bambino che coinvolgono il maggior numero di persone vanno segnalati:

a) il diabete che colpisce in fase clinica fino al 2% della popolazione;

b) le malattie croniche osteoarticolari;

c) alcuni dismetabolismi infantili e giovanili (mucoviscidosi, malattia celiaca, mioneurodistrofie, ecc.);

d) alcune malattie ematologiche congenite (anemie, emofilie, ecc.);

e) alcune disendocrinie (nanismi, ipotiroidismi, ecc.);

f) le malattie cardioangiologiche e pneumologiche a carattere cronico.

Allegato n. 25 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

INTERVENTI
DI ODONTOSTOMATOLOGIA SOCIALE

Le malattie della bocca comportano gravi conseguenze sul piano fisico, psichico e sociale, considerato che carie e paradentopatie rientrano tra le più diffuse malattie dell'uomo e assumono grande rilevanza nella popolazione scolastica. Per contro la carenza di operatori odontoiatri e l'alto costo delle prestazioni rendono praticamente impossibile soddisfare la domanda specifica.

Deve anche aggiungersi che scarsa è l'informazione che i cittadini ricevono sulle cause di queste malattie e sulla possibilità di combatterle.

L'azione contro le malattie della bocca assume primaria rilevanza nei campi dell'educazione sanitaria e della prevenzione.

Nel campo dell'*educazione sanitaria* si rilevano essenziali le iniziative seguenti:

a) informazione diretta ed indiretta alle gestanti sulla salute bocca-dentale personale e del nascituro;

b) informazione ed aggiornamento degli insegnanti e degli educatori sulla salute bocca-dentale.

Tale azione di educazione sanitaria deve vertere soprattutto sull'informazione e sensibilizzazione all'autoregolamentazione dei consumi alimentari in rapporto alla salute della bocca e sull'igiene bocca-dentale a scopo preventivo.

Le fondamentali attività di educazione sanitaria e di prevenzione – che costituiscono la via maestra da seguire per risolvere alla radice il problema delle malattie della bocca – non escludono ovviamente di dare attenzione al momento terapeutico e, ove necessario, riabilitativo, anche a mezzo di apparecchi protesici, temporanei o permanenti e questi ultimi con particolare riferimento alla popolazione anziana.

In questa materia, come in altre resta il ruolo rilevante giuocato dagli operatori di distretto i quali possono portare l'attenzione sui bambini in particolare età che corrispondono, di regola, a specifiche evoluzioni dell'apparato dentario:

– bambini di 6 anni, nei quali è iniziata la permuta dei denti decidui;

– bambini di 10 anni, che presentano una dentizione mista, parte decidua e parte permanente;

– bambini di 13 anni, dove la dentizione permanente è completa.

Tale opera di selezione, svolta a livello di base, è suscettibile di evitare il convogliamento indiscriminato di bambini allo specialista, la cui opera di consulenza, potrà essere esercitata con maggiore proficuità.

Il libretto sanitario per la salute del bambino predisposto dalla Regione Piemonte è guida all'intervento.

La linea direttiva, in questo campo all'interno del S.S.N., è quella della promozione della formazione e qualificazione del personale medico e paramedico da destinare alle azioni di tutela della salute della bocca.

Allegato n. 26 alla legge per il piano socio-sanitario della Regione Piemonte per il triennio 1982-84

INTERVENTI DI OFTALMOLOGIA SOCIALE

Nel campo della protezione dell'occhio umano particolare attenzione va data a tutto il momento preventivo, mettendo in moto sistemi organizzativi capaci di operare a livello di distretto, con gli operatori ivi operanti, e di considerare l'oculista come supporto specialistico di intervento più qualificato, solo nei casi di reale necessità.

L'opera di prevenzione – e quindi di diagnosi precoce – deve svolgersi attraverso un sistema di controlli mirati all'identificazione dei rischi dell'apparato visivo, al fine di valutarne frequenza e gravità.

Tale opera presuppone una qualificazione del personale operante nei distretti (medici di base, pediatri, infermiere, assistenti sanitari) da attuarsi mediante corsi di aggiornamento.

Le figure specialistiche di riferimento sono l'oculista per quanto riguarda il personale medico e l'ortottista e l'assistente di oftalmologia per quanto riguarda il personale paramedico.

In tale opera di prevenzione le fasce di popolazione che richiedono maggiore attenzione sono quelle rivolte all'infanzia e all'età evolutiva.

Nella *popolazione infantile* il rischio grave più frequente è l'ambliopia, cioè il non corretto sviluppo delle capacità visive di uno od entrambi gli occhi, forma che interessa circa il 4% della popolazione infantile. Il sistema di prevenzione, in questi casi, deve prevedere una serie di controlli da effettuarsi nell'ambito dei distretti dal personale ivi operante, rinviando allo specialista soltanto i casi selezionati per effettiva deviazione della norma. Tale serie di controlli di base va programmata ad età prestabilite (alla nascita, all'anno di età, a due anni, a tre anni, a sei anni). Lo sviluppo di tale sistema richiede la più stretta collaborazione tra reparti ospedalieri ed operatori dei distretti di base (agenti nella famiglia e nella scuola) con una finalizzazione dell'intervento in comune volto alla tutela dell'apparato visivo e successivo, ove del caso, intervento terapeutico dell'oculista e relativa informazione di ritorno al servizio di base, che può così verificare la funzionalità del sistema. In questo quadro il libretto « salute del bambino dalla nascita all'adolescenza » predisposto dalla Regione Piemonte costituisce utile tramite tra gli operatori prima citati.

Nella *popolazione in età lavorativa* i rischi più frequenti riguardano il glaucoma, che investe il 2-3% dei cittadini, nonché la retinopatia diabetica, ipertensiva, etc. Per questa fascia di popolazione – ferma restando l'opportunità di verifiche sulla funzionalità dell'apparato visivo, da effettuarsi da parte di personale paramedico – è necessario l'intervento dello specialista e lo svolgimento di attività qualificate, quali la fluoroangiografia e la laserterapia ambulatoriale. In questo settore di popolazione è ipotizzabile un lavoro iniziale su gruppi selezionati a rischio (familiarità vasculopatica, diabetica, glaucomatosa e simili) svolto in collaborazione sia dagli operatori di distretti che da quelli dei servizi integrativi.

Sempre nel campo della prestazione dell'occhio umano si ravvisa la necessità, a livello terapeutico, di dare ordinata attuazione alle specifiche attività di trapianto della cornea.

Allegato n. 27 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

PROFILASSI E POLIZIA VETERINARIA

La correlazione sempre più stretta tra lo stato sanitario del patrimonio zootecnico e la salute della popolazione, sotto la pressione di una sostanziale evoluzione igienico-sanitaria e socio-economica del nostro paese, ha fatto sì che il servizio veterinario passasse da una attività prevalentemente privatistica a funzioni di risposta ad una crescente richiesta di attività di sanità pubblica veterinaria.

Il presidio di base del servizio veterinario pubblico è stato costituito sinora dalla condotta, collegata ad un solo operatore, il veterinario condotto, a cui faceva capo il totale delle funzioni.

L'aumento del consumo degli alimenti, l'evoluzione delle tecnologie, la comparsa di nuove forme di zoonosi non tradizionali, hanno evidenziato sempre più l'inadeguatezza del servizio ad affrontare le nuove esigenze.

Il riordino dei servizi veterinari previsto dalla legge 833 ed attuato tramite i provvedimenti legislativi regionali, è lo strumento fondamentale che il servizio sanitario regionale dovrà utilizzare nel settore della sanità e del miglioramento del patrimonio zootecnico, perseguendo le finalità individuate per questo settore dal piano sanitario regionale, ed attuando la ristrutturazione territoriale del servizio nelle Unità sanitarie locali.

Gli obiettivi che l'attività del servizio veterinario territoriale dovrà garantire sono quindi principalmente, in base a quanto su esposto:

a) salvaguardia del patrimonio zootecnico dalle malattie infettive, infestive e diffusive e dalle zoonosi;

b) tutela della salute pubblica, attraverso il controllo sistematico della produzione, trasformazione e commercio degli alimenti di origine animale, la profilassi delle malattie infettive e parassitarie degli animali trasmissibili all'uomo;

c) contributo all'incremento del patrimonio zootecnico con il controllo sanitario delle produzioni zootecniche, della riproduzione animale, dell'alimentazione animale e della produzione dei mangimi;

d) educazione igienico veterinaria degli allevatori e dei cittadini consumatori di prodotti zootecnici e detentori di animali domestici.

Il servizio ha una configurazione unitaria. Le sue attività sono:

a) ispezione veterinaria nei centri di macellazione pubblici e privati e nei laboratori di lavorazione, trasformazione e conservazione delle carni e dei prodotti ittici;

b) vigilanza veterinaria sui luoghi di produzione, vendita e consumo dei prodotti di origine animale, sugli allevamenti zootecnici per il controllo dell'alimentazione e della somministrazione dei farmaci; sui mercati; sulle fiere ed esposizioni di animali; sui mangimifici e sugli impianti di risanamento dei rifiuti alimentari destinati all'alimentazione animale;

c) polizia e profilassi veterinaria per l'esecuzione dei piani di profilassi statali e regionali e per il controllo delle malattie infettive e delle zoonosi;

d) divulgazione ed educazione presso gli allevatori ed i consumatori in collaborazione con le organizzazioni professionali e sociali del settore agricolo.

Per l'espletamento delle attività laboratoristiche o di più elevata complessità tecnica, a livello sovrazonale, sarà necessario il collegamento dei servizi veterinari territoriali con le strutture di supporto, quali i laboratori di sanità pubblica, l'istituto zooprofilattico con le sue sezioni diagnostiche periferiche ed i laboratori diagnostici di appoggio ai pubblici macelli.

Saranno inoltre attivati servizi per l'esercizio delle seguenti funzioni sovrazonali:

a) raccolta di animali morti per malattia infettiva od altra causa, delle carni e delle derrate di origine animale non idonee al consumo umano ed organizzazione e gestione delle sardinie;

b) cattura di cani randagi e gestione dei canili;

c) organizzazione e gestione dei ricoveri quarantenari destinati all'isolamento degli animali in importazione.

I presidi relativi alle funzioni sopraelencate sono ubicati nelle U.S.L. sottoelencate e svolgono attività multizonali per le U.S.L. a fianco elencate:

U.S.L. sede di presidio	*U.S.L. servite*
1 - 23	da 1 a 39 (esclusa U.S.L. 38)
40	38 - 40 - 41
44	42 - 43 - 44
45	45 - 46
47	47 - 48
49	49 - 50
51	da 51 a 54
Compren. 8	55 - 56 - 57
58	58 - 59 - 60
63	61 - 62 - 63
64	64 - 65
66	66 - 67
68	68 - 69
70	da 70 a 75
76	76

Gli interventi del servizio da considerare prioritari per il raggiungimento delle finalità proposte nella realtà regionale, sono:

– l'attuazione nel territorio regionale dei piani nazionali di bonifica per il completamento del risanamento degli allevamenti dalla tubercolosi bovina e dalla brucellosi bovina, ovina e caprina. A tale fine le Unità sanitarie locali elaboreranno dei programmi zonali per il completamento della bonifica, con il contributo irrinunciabile dei settori agricoli delle amministrazioni locali e delle organizzazioni sociali;

– la predisposizione di programmi zonali e la conseguente applicazione delle misure di polizia veterinaria per l'attuazione dei piani nazionali di profilassi obbligatoria, nonché disposizione di interventi di profilassi nei confronti di malattie infettive e diffusive degli animali la cui incidenza nel territorio regionale costituisca un grave pericolo per la salute umana e/o per la zootecnia regionale;

– la razionalizzazione dell'attività igienico-sanitaria sui luoghi di produzione e trasformazione degli alimenti di origine animale, in particolar modo per la rete di macellazione pubblica, che risulta a tutt'oggi estremamente parcellizzata e difficilmente riconducibile ad un intervento sanitario costante e coordinato;

– l'organizzazione delle attività di vigilanza e controllo sulle importazioni di animali e di prodotti di origine animale, nonché sulla alimentazione degli animali e sulla somministrazione dei farmaci e dei trattamenti immunizzanti;

– la promozione della ricerca veterinaria e collaborazione nelle sue fasi di applicazione; elaborazione, con le organizzazioni preposte, dei programmi per la divulgazione dell'educazione veterinaria dei cittadini;

– la funzione regionale precipua, in collaborazione ed a supporto delle U.S.L., dovrà essere volta al coordinamento delle attività comprese nei programmi di zona.

Allegato n. 28 alla legge
per il piano socio-sanitario
della Regione Piemonte
per il triennio 1982-84

STRUTTURA ORGANIZZATIVA DEI SERVIZI DELLE UNITÀ SANITARIE LOCALI

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 1-23

A. Poliambulatori proposti

Utilizzo secondo i programmi del Comune di Torino.

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal progetto « poliambulatori e ospedali di Torino » per il triennio 1982-84 di cui all'allegato 1 della presente legge;

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori preesistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

Posti letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. 1-23 n. 8.500 (a)

Servizi e reparti assegnati alla U.S.L. 1-23 oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27, allegato n. 1)

Servizi (b) e reparti (c)

Servizi

analisi chimico-cliniche:
funzioni di supporto comprensoriale
- via Giolitti CR (U.S.L. 1, 7, 8, 18, 19, 20, 21, 30)
- Mauriziano CR (U.S.L. 3, 38, 39)
- Maria Vittoria C R (U.S.L. 6, 15, 16, 17, 27, 37)
- Molinette, S. Anna, Infantile, CTO } CR (U.S.L. 2, 9, 10, 11, 22, 23, 28, 29 * da specificare all'interno del progetto ospedali di Torino
- Martini Nuovo CR (U.S.L. 4, 5, 12, 13, 14, 26)

funzioni in rete di riferimento regionale
da attribuirsi in sede del progetto ospedali di Torino di cui all'allegato 1 e, in sua attesa, dietro indicazione della Giunta Regionale

anatomia ed istologia patologica
come per analisi chimico-cliniche, funzioni di supporto comprensoriale, tranne ospedale CTO dove il servizio non è presente

cardiologia
Martini Nuovo CR (U.S.L. 4, 5, 12, 13, 14)
Astanteria Martini CR (U.S.L. 7, 8, 18, 19, 20, 21)

centro grandi ustionati
CTO CR per tutta la Regione

dietetica
Molinette CR per quadrante nord-ovest

dipartimento di emergenza ed accettazione:
1° livello
Mauriziano CR (U.S.L. 1, 2, 3, 22)
Martini Nuovo CR (U.S.L. 4, 5, 12, 13, 14)
Maria Vittoria CR (U.S.L. 6, 15, 16, 17)
Astanteria Martini CR (U.S.L. 7, 8, 18, 19, 20, 21)
Molinette CR (U.S.L. 9, 10, 11, 23)

2° livello
Molinette, CTO } CR per quadrante nord-ovest (occorre garantire la presenza di competenze specifiche di pediatria ed ostetricia-ginecologia)

medicina nucleare
Mauriziano CR (U.S.L. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 22, 24, 25, 26, 27, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 42, 43, 44)
Molinette CR (U.S.L. 7, 8, 9, 10, 11, 18, 19, 20, 21, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 39, 40, 41)

nefrologia e dialisi
Martini Nuovo CR (U.S.L. 4, 5, 6, 12, 13, 14)
Mirafiori CR (U.S.L. da definirsi quando attivato)

neuropsichiatria infantile - servizi territoriali interquartiere
Mauriziano CR (U.S.L. 1, 2, 3, 22)
Martini Nuovo CR (U.S.L. 4, 5, 12, 13, 14)
Maria Vittoria CR (U.S.L. 6, 15, 16, 17)
Astanteria Martini CR (U.S.L. 7, 8, 18, 19, 20, 21)
Molinette CR (U.S.L. 9, 10, 11, 23)

oncologia
via Giolitti CR per quadrante nord-ovest

psichiatria
Mauriziano CR (USL 1, 2, 3, 22)
Martini Nuovo CR (U.S.L. 4, 5, 12, 13, 14)
Maria Vittoria CR (U.S.L. 6, 15, 16, 17)
Astanteria Martini CR (U.S.L. 7, 8, 18, 19, 20, 21)
Molinette CR (U.S.L. 9, 10, 11, 23)

recupero e riabilitazione funzionale (con letti)
Molinette, CTO, Mauriziano } CR per comprensori 1 e 2

radioterapia
via Giolitti, Molinette } CR per quadrante nord-ovest

trasfusionale
Molinette CR (U.S.L. 1, 2, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 22, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 37)
S. Anna CR (U.S.L. 7, 8, 9, 10, 11, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39)
M. Vittoria CR (U.S.L. 6, 15, 16, 17)

Note:

1) nei servizi di radiologia degli stabilimenti ospedalieri Molinette, CTO e Oftalmico è da ricomprendere il TAC (CR per quadrante nord-ovest)

2) nel servizio di radioterapia dello stabilimento ospedaliero Molinette e da ricomprendere l'acceleratore lineare (CR per quadranti nord-ovest e nord-est)

Reparti

pediatria (cure intensive neonatali)
Maria Vittoria CR (U.S.L. 6, 7, 8, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 35, 36, 37, 38)
Infantile, S. Anna } CR per altre U.S.L. dei comprensori 1 e 3

cardiochirurgia
Molinette, Infantile } CR per tutta la Regione

cardiologia
Mauriziano CR (U.S.L. 1, 2, 3, 22)
Molinette CR (U.S.L. 7, 8, 9, 10, 11, 18, 19, 20, 21, 23)
M. Vittoria CR (U.S.L. 4, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17)

chirurgia maxillo-facciale
Molinette CR per quadrante nord-ovest

chirurgia pediatrica
Infantile CR per quadranti nord-ovest e sud-ovest

chirurgia plastica
CTO, S. Lazzaro, S. Vito, M. Vittoria, Mauriziano — CR per tutta la Regione

chirurgia toracica
Molinette CR (U.S.L. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 37, 38, 39)

chirurgia vascolare
Mauriziano CR (U.S.L. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 22, 24, 25, 26, 35, 36)
Molinette CR (U.S.L. restanti del quadrante nord-ovest)

dermosifilopatia
Mauriziano CR (U.S.L. 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 27, 37, 38)
S. Lazzaro CR (U.S.L. 1, 2, 9, 22, 31, 32)
Astanteria Martini CR (U.S.L. 7, 8, 18, 19, 20, 21, 28, 29, 30, 39)
Mirafiori CR (U.S.L. 23, 33, 34, 42, 43, 44)

ematologia
Mauriziano CR (U.S.L. 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 13, 22, 24, 25, 26, 35, 36)
Molinette CR (restanti U.S.L. del quadrante nord-ovest)

endocrinologia
Mauriziano CR (U.S.L. 1, 2, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 22, 24, 25, 26, 35, 36)
M. Vittoria CR (U.S.L. 6, 7, 8, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 27)
Molinette CR (U.S.L. 9, 10, 11, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44)

gastroenterologia
localizzazione e CR come l'endocrinologia

malattie infettive
Amedeo di Savoia CR per comprensorio 1

nefrologia
Mauriziano CR (U.S.L. 1, 2, 3, 7, 11 e supporto per U.S.L. 25, 27)
Molinette CR (U.S.L. 8, 9, 10, 22, 23 e supporto per Martini Nuovo, Mirafiori e U.S.L. 30)
Astanteria Martini CR (U.S.L. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 e supporto per U.S.L. 40 e 44)
Infantile CR per tutta la Regione, per l'età pediatrica.

neurochirurgia
Molinette, CTO — CR per quadrante nord-ovest

neurologia
Mauriziano CR (U.S.L. 1, 2, 3, 22, 24, 25, 35, 36)
M. Vittoria CR (U.S.L. 6, 15, 16, 17, 26, 27, 37, 38)
Molinette CR (U.S.L. 9, 10, 11, 23, 30, 31, 32)
Astanteria Martini CR (U.S.L. 7, 8, 18, 19, 20, 21, 28, 29, 39)
Nuovo Martini CR (U.S.L. 4, 5, 12, 13, 14)

neuropsichiatria infantile
Infantile CR per l'intera Regione

oculistica
Otfalmico CR (U.S.L. 1, 2, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 18, 19, 20, 21, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 39)
Mauriziano CR (U.S.L. 3, 4, 5, 12, 13, 14, 22, 33, 34)
M. Vittoria CR (U.S.L. 6, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 26, 27, 37, 38)
Mirafiori CR (U.S.L. 11, 23, 33, 34)

odontostomatologia
Mauriziano CR (U.S.L. 1, 2, 3, 21, 22, 33, 34, 42, 43, 44)
M. Vittoria CR (U.S.L. 6, 7, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 37, 38)
Molinette CR (U.S.L. 8, 9, 10, 11, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 39, 40, 41)
Martini Nuovo CR (U.S.L. 4, 5, 12, 13, 14, 24, 25, 26, 27, 35, 36)

ortopedia
Mauriziano CR (U.S.L. 3, 4, 10, 11)
M. Vittoria CR (U.S.L. 5, 6, 14, 15, 16, 17)
M. Adelaide CR (U.S.L. 7, 8, 21)
CTO CR (U.S.L. 9, 22)
Infantile
Molinette CR (U.S.L. 1, 2)
Martini Nuovo CR (U.S.L. 12, 13)
Astanteria Martini CR (U.S.L. 18, 19, 20, 28, 29)
Mirafiori CR (U.S.L. 23, 33)

otorino
Mauriziano CR (U.S.L. 3, 4, 10, 11)
M. Vittoria CR (U.S.L. 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 26, 27, 37, 38)
Molinette CR (U.S.L. 1, 2, 8, 9, 21, 22, 28, 29, 39)
Martini Nuovo CR (U.S.L. 12, 13)
Mirafiori CR (U.S.L. 23, 33)

urologia
Mauriziano CR (U.S.L. 1, 2, 3, 22, 33, 34)
M. Vittoria CR (U.S.L. 6, 15, 16, 17, 26, 27, 37, 38)
Molinette CR (U.S.L. 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 23, 30, 31, 32)
Astanteria Martini CR (U.S.L. 7, 8, 18, 19, 20, 21, 28, 29, 39)

reumatologia
Molinette CR per i quadranti nord-ovest e sud-ovest

Note:

* la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori o U.S.L.) enumerati tra parentesi

1) Le proposte dovranno essere confermate dal progetto « poliambulatori e ospedali di Torino », di cui all'allegato 1 alla presente legge.

2) Nel caso di CR riferiti a più stabilimenti ospedalieri il progetto « poliambulatori e ospedali di Torino » dovrà specificare le U.S.L. riferibili ad ogni stabilimento. In attesa di tale piano, la specificazione è competenza della Giunta Regionale.

a) il numero dei posti letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuibili complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani,

b) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario,

c) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sedi del servizio ospedaliero

Le sedi previste per i servizi ospedalieri, salve ulteriori specificazioni date dal progetto « Poliambulatori e ospedali di Torino », sono : Oftalmico, Maria Vittoria, Amedeo di Savoia, Regina Maria Adelaide, C.T.O., Dermatologico S.

Lazzaro, Infantile Regina Margherita, Molinette, Sant'Anna, Martini Nuovo, Astanteria Martini.

Le sedi attualmente in esercizio delle quali occorre prevedere il trasferimento di reparti e servizi in altre sedi ospedaliere sono: via Giolitti, San Vito, San Vincenzo, C.R.F.

Le sedi attualmente in esercizio delle quali occorre prevedere la chiusura nel triennio, previo trasferimento di reparti e servizi in altre sedi, sono: Astanteria di via Cigna, Birago di Vische ed Omeopatico.

Gli ospedali Evangelico Valdese e Mauriziano Umberto I sono ritenuti necessari e la loro utilizzazione va definita in regime convenzionale con gli Enti proprietari.

Per la sede di Mirafiori Sud (via Farinelli), ritenuta necessaria per la rete metropolitana, vedi punto 35 dell'allegato 1.

C. Altri servizi assegnati all'U.S.L.

Laboratorio di sanità pubblica (a servizio delle U.S.L. 1-23, 28 e 29), svolgente anche determinazioni virologiche e attività di controllo e vigilanza delle radiazioni ionizzanti.

Presidio di formazione professionale con funzioni di riferimento per il quadrante nord-ovest e per la Regione.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 24

A. Poliambulatori proposti

Collegno (tipo A)

Grugliasco (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

Per i servizi ospedalieri di base la U.S.L. trova riferimento nella U.S.L. 25

C. Altri servizi assegnati all'U.S.L.

Laboratorio di sanità pubblica, a servizio, delle U.S.L. 24, 25, 26, 27, 35, 36, 37.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 25

A. Poliambulatori proposti

Rivoli (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 550 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
anatomia ed istologia patologica CR (U.S.L. 24, 25, 36)	dermosifilopatia CR (U.S.L. 24, 25, 26, 35, 36)
cardiologia CR (U.S.L. 24, 25, 36)	neurologia CR (U.S.L. 24, 25, 35, 36)
dipartimento di emergenza ed accettazione 1 livello CR (U.S.L. 24, 25, 34, 35, 36)	oculistica CR (U.S.L. 24, 25, 35, 36)
nefrologia e dialisi CR (U.S.L. 24, 25, 35, 36)	ortopedia - traumatologia CR (U.S.L. 24, 25, 26, 35)
neuropsichiatria infantile CR (U.S.L. 24, 25, 34, 35, 36)	otorinolaringoiatria CR (U.S.L. 24, 25, 36)
psichiatria CR (U.S.L. 24, 25, 34, 35, 36)	urologia CR (U.S.L. 24, 25, 35, 36)

Nota:

la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Rivoli

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 26

A. Poliambulatori proposti

Venaria Reale (tipo A)

Alpignano (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 170 (a) per i reparti e servizi prescritti dal par. 27 allegato n. 1.

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Venaria Reale

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 27

A. Poliambulatori proposti

Caselle Torinese (tipo A)

Ciriè (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 270 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
cardiologia CR (U.S.L. 27, 37)	ortopedia traumatologia CR (U.S.L. 27, 37)
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello) CR (U.S.L. 27, 37)	
nefrologia e dialisi CR (U.S.L. 26, 27, 28, 37)	
psichiatria CR (U.S.L. 27, 37)	

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Ciriè.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 28

A. Poliambulatori proposti

Settimo Torinese (tipo A)

Volpiano (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

Per i servizi ospedalieri di base la U.S.L. trova riferimento nella U.S.L. 39, fino a che non saranno completati i servizi di base previsti nell'Astanteria Martini (nell'ambito dell'U.S.L. 1-23).

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 29

A. Poliambulatori proposti

Gassino (tipo A)

San Mauro (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

Per i servizi ospedalieri di base la U.S.L. trova riferimento nella U.S.L. 39, fino a che non saranno completati i servizi di base previsti nell'Astanteria Martini (nell'ambito delle U.S.L. 1-23).

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 30

A. Poliambulatori poposti

Chieri (tipo A)

Santena (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 250 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
nefrologia e dialisi CR (U.S.L. 29, 30, 31, 32)	ortopedia traumatologia

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di conguità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Chieri (già ospedale Maggiore).

Considerata l'esistenza anche della sede dell'Eremo oggi utilizzata dal complesso S. Giovanni di Torino il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per concludere nel triennio la cessazione delle attività di ricovero ospedaliero, tenuto conto anche delle risultanze del progetto « poliambulatori ed ospedali di Torino » e per la riconversione d'uso della struttura.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 31

A. Poliambulatori proposti

Carignano (tipo A)

Carmagnola (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 270 (a) per i reparti e servizi indicati dal par. 27 allegato n. 1.

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani.

Sede del servizio ospedaliero

Considerata oggi l'esistenza delle sedi di Carmagnola e di Carignano, il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di unificazione funzionale dei servizi, nonché al necessario coordinamento dei reparti, evitando inutili duplicazioni, con lo scopo finale della concentrazione e unificazione in una unica sede del servizio ospedaliero.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 32

A. Poliambulatori proposti

Moncalieri A (tipo A)

Moncalieri B (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 280 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
anatomia ed istologia patologica CR (U.S.L. 31, 32, 33)	ortopedia - traumatologia CR (U.S.L. 31, 32)
cardiologia CR (U.S.L. 30, 31, 32, 33)	otorinolaringoiatria CR (U.S.L. 30, 31, 32)
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello) CR (U.S.L. 30, 31, 32, 33)	
neuropsichiatria infantile CR (U.S.L. 30, 31, 32, 33)	
psichiatria CR (U.S.L. 30, 31, 32, 33)	

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Moncalieri.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 33

A. Poliambulatori proposti

Nichelino (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

Per i servizi ospedalieri di base la U.S.L. trova riferimento nell'U.S.L. n. 32, dopo l'attivazione dello stabilimento ospedaliero di Mirafiori sud, via Farinelli, (nell'ambito dell'U.S.L. 1-23).

C. Altri servizi assegnati all'U.S.L.

Laboratorio di sanità pubblica, a servizio delle U.S.L. 30, 31, 32, 33, 34, 42, 43, 44.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 34

A. Poliambulatori proposti

Orbassano (tipo A)

Beinasco (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 700 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1).

Servizi (b)	*Reparti (c)*
anatomia ed istologia patologica CR (U.S.L. 34, 35)	chirurgia toracica CR (U.S.L. 24, 25, 26, 27, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 42, 43, 44)
	ortopedia - traumatologia CR (U.S.L. 34, 35)
	otorinolaringoiatria CR (U.S.L. 34, 35)
	pneumologia CR (quadrante nord-ovest)

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai

territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo prgramma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Rivalta (Ospedale San Luigi), fermo restando il vincolo di istituire i reparti oggi non in esercizio entro il triennio.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 35

A. Poliambulatori proposti

Giaveno (1 livello)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 150 (a) per tutti i reparti e servizi prescritti dal par. 27, allegato 1. L'esistente reparto di ortopedia-traumatologia resta in funzione, in via transitoria, fino all'attivazione dell'analogo reparto specialistico nello stabilimento ospedaliero di Rivoli (U.S.L. 25).

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Giaveno.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 36

A. Poliambulatori proposti

Susa (tipo A)
Avigliana (tipo A)
Oulx (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 310 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1).

Servizi (b)	*Reparti (c)*
	ortopedia-traumatologia

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri sono quelle di Avigliana e Susa

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 37

A. Poliambulatori proposti

Lanzo Torinese (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 140 (a) per tutti i reparti e servizi prescritti dal par. 27, allegato n. 1.

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Lanzo Torinese (ospedale Mauriziano).
Considerata oggi l'esistenza anche della sede dell'Eremo di Lanzo e del vecchio Mauriziano il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per concludere nel primo anno del triennio la cessazione delle attività di ricovero ospedaliero e la conseguente riconversione d'uso.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 38

A. Poliambulatori proposti

Cuorgnè (tipo A)
Rivarolo Canavese (tipo A)
Pont Canavese (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 180 (a)

Servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1).

Servizi (b)	*Reparti (c)*
	ortopedia-traumatologia

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Cuorgnè.

Considerata oggi l'esistenza anche della sede di Rivarolo Canavese il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per convertire ad altro uso il presidio predetto, ferma restando la conclusione nel primo anno del triennio delle attività di ricovero ospedaliero.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 39

A. Poliambulatori proposti

Chivasso (tipo A)
Crescentino (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 350 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1).

Servizi (b)	*Reparti (c)*
cardiologia CR (U.S.L. 28, 29, 30)	ortopedia-traumatologia
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello) CR (U.S.L. 28, 29, 30)	
psichiatria CR (U.S.L. 28, 29, 30)	

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Chivasso.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 40

A. Poliambulatori proposti

Ivrea A (tipo A)
Ivrea B (tipo A)
Castellamonte (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 700 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
analisi chimico-cliniche: funzioni di supporto CR (comprensorio 2 e U.S.L. 38)	pediatria (cure intensive neonatali) CR (comprensorio 2)
anatomia ed istologia patologica CR (U.S.L. 38, 40, 41)	cardiologia CR (U.S.L. 38, 40, 41)
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello) CR (U.S.L. 38, 40, 41)	dermosifilopatia CR (comprensorio 2)
nefrologia e dialisi CR (U.S.L. 38, 39, 40, 41)	malattie infettive CR (comprensorio 2)
neuropsichiatria infantile CR (U.S.L. 38, 40, 41)	neurologia CR (comprensorio 2)
psichiatria CR (U.S.L. 38, 40, 41)	oculistica CR (comprensorio 2)
trasfusionale CR (comprensorio 2 e U.S.L. 38)	ortopedia - traumatologia CR (comprensorio 2)
	otorinolaringoiatria CR (comprensorio 2)
	urologia CR (comprensorio 2)

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento

Sede del servizio ospedaliero

Le sedi previste per i servizi ospedalieri sono quelle di Ivrea e di Castellamonte, tenuto conto che nessuna delle sedi è di dimensioni tali da accogliere i letti complessivamente attribuiti a questa U.S.L. Il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di unificazione funzionale dei servizi, nonché al necessario coordinamento dei reparti, evitando inutili duplicazioni.

C. Altri servizi assegnati all'U.S.L.

Laboratorio di sanità pubblica a servizio delle U.S.L. 38, 39, 40 e 41.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 41

A. Poliambulatori proposti

Caluso (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.L.S.

Per i servizi ospedalieri di base la U.S.L. trova riferimento nella U.S.L. n. 40.

Sede già di servizio ospedaliero

Considerata oggi l'esistenza della sede di Orio Canavese il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di conversione d'uso della sede stessa, ferma restando la cessazione delle attività di ricovero ospedaliero entro il 1° semestre 1982.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 42

A. Poliambulatori proposti

Villar Perosa (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 75, corrispondenti a quelli in servizio. Per i servizi ospedalieri di base non presenti, la U.S.L. trova riferimento nella U.S.L. 44.

Sede del Servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Pomaretto.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 43

A. Poliambulatori proposti

Luserna San Giovanni (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambilatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 80 corrispondenti a quelli in servizio.

Per i servizi ospedalieri di base non presenti, la U.S.L. trova riferimento nella U.S.L. 44.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Torre Pellice.

Considerata oggi l'esistenza anche della sede di Luserna San Giovanni il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di conversione d'uso.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 44

A. Poliambulatori proposti

Pinerolo A (tipo A)

Pinerolo B (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili).

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 490 (a).

Servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1).

Servizi (b)	*Reparti (c)*
analisi chimico cliniche: funzioni di supporto CR (comprensorio 3)	malattie infettive CR (comprensorio 3)
anatomia ed istologia patologica CR (comprensorio 3)	neurologia CR (comprensorio 3)
cardiologia CR (comprensorio 3)	oculistica CR (comprensorio 3)
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello) CR (comprensorio 3)	ortopedia - traumatologia CR (comprensorio 3)
nefrologia e dialisi CR (comprensorio 3 e U.S.L. 33, 34)	otorinolaringoiatria CR (comprensorio 3)
neuropsichiatria infantile CR (comprensorio 3)	urologia CR (comprensorio 3)
psichiatria CR (comprensorio 3)	
recupero e riabilitazione funzionale (con letti) CR (comprensorio 3)	
trasfusionale CR (comprensorio 3)	

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al

31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Pinerolo.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 45

A. Poliambulatori proposti

Vercelli A (tipo A)

Vercelli B (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermato dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili).

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 1050 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
analisi chimico-cliniche: funzioni di supporto CR (comprensori 4 e 6)	pediatria (cure intensive neonatali) CR (comprensori 4 e 6)
anatomia ed istologia patologica CR (comprensori 4 e 6)	cardiologia CR (comprensori 4 e 6)
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello) CR (comprensori 4 e 6)	dermosifilopatia CR (comprensori 4 e 6)
nefrologia e dialisi CR (comprensorio 4)	malattie infettive CR (comprensori 4 e 6)
neuropsichiatria infantile CR (comprensorio 4)	neurologia CR (comprensorio 4)
psichiatria CR (comprensori 4 e 6)	oculistica CR (comprensori 4 e 6)
recupero e riabilitazione funzionale (con letti) CR (comprensori 4 e 6)	ortopedia - traumatologia CR (comprensorio 4)
trasfusionale CR (comprensorio 4)	otorinolaringoiatria CR (comprensorio 4)
	pneumologia CR (comprensori 4 e 6).
	urologia CR (comprensori 4 e 6)
	reumatologia CR (quadranti NE e SE)

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di «centro di riferimento» relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Vercelli (osp. civile S. Andrea).

Considerata oggi l'esistenza anche della sede della Bertagnetta in Vercelli il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di unificazione da completare entro il 2° anno del triennio, con il trasferimento nella sede principale, dei reparti e servizi in esercizio presso la Bertagnetta e previo avvio ad altra sede della scuola infermieri professionali.

C. Altri servizi assegnati all'U.S.L.

Laboratorio di sanità pubblica, a servizio delle U.S.L. 45, 46, 49 e 50, svolgente anche attività di controllo e vigilanza delle radiazioni ionizzanti.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 46

A. Poliambulatori proposti

Santhià (tipo A)

Cigliano (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 130 (a) per i servizi e reparti previsti al par. 27 allegato n. 1.

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Santhià.

Considerata oggi l'esistenza delle sedi di Santhià, Livorno Ferraris e Cigliano, il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di unificazione in un'unica sede dei servizi ospedalieri e la conseguente riconversione d'uso delle altre due strutture, collocando in una il secondo poliambulatorio di tipo A e prevedendo l'utilizzo dell'altra secondo quanto previsto nell'allegato 1, punto B.2.12, 4° e 5° comma.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 47

A. Poliambulatori proposti

Biella A (tipo A)

Biella B (tipo A)

Occhieppo (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 1.100 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S L. n. 240 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1).

Reparti (c)
otorinolaringoiatria CR (comprensorio 6)

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per il servizio ospedaliero è quella di Gattinara.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 51

A. Poliambulatori proposti

Novara A (tipo A)

Novara B (tipo A)

Novara C (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 1.500 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	Reparti (c)
analisi chimico cliniche: funzioni di supporto CR (comprensorio 7)	pediatria (cure intensive neonatali) CR (comprensorio 7)
anatomia ed istologia patologica CR (U.S.L. 51, 52)	cardiologia CR (U.S.L. 51, 52 e servizi cardiologia di U.S.L. 54, 55, 56)
dietetica CR (quadrante nord-est)	chirurgia pediatrica CR (quadrante nord-est)
dipartimento di emergenza ed accettazione (2° livello) CR (U.S.L. 51, 52 per 1° livello e quadrante nord-est per 2° livello)	chirurgia plastica CR (quadrante nord-est)
medicina nucleare CR (comprensori 7, 8)	chirurgia toracica CR (quadrante nord-est)
neuropsichiatria infantile CR (U.S.L. 51, 52, 53, 54)	chirurgia vascolare CR (quadrante nord-est)
oncologia CR (quadrante nord-est)	dermosifilopatia CR (comprensorio 7)
psichiatria CR (U.S.L. 51, 52)	ematologia CR (quadrante nord-est)
recupero e riabilitazione funzionale (con letti) CR (quadrante nord-est)	endocrinologia CR (quadrante nord-est)
radioterapia CR (comprensori 7, 8)	gastroenterologia CR (quadrante nord-est)
trasfusionale CR (comprensorio 7).	malattie infettive CR (comprensorio 7)
Nota: nel servizio di radiologia è da ricomprendere il TAC (CR per quadrante nord-est)	nefrologia CR (U.S.L. 51, 52 e supporto del comprensorio 7)
	neurochirurgia CR (quadrante nord-est)
	neurologia CR (comprensorio 7)
	oculistica CR (comprensorio 7)
	odonto-stomatologia e chirurgia facciale CR (comprensori 7, 8 per odonto-stomatologia e quadrante nord-est per chirurgia maxillo-facciale)
	ortopedia - traumatologia CR (U.S.L. 51, 52)
	otorinolaringoiatria CR (comprensorio 7)
	pneumologia CR (comprensori 7, 8)
	urologia CR (comprensori 7, 8)

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per il servizio ospedaliero è quella di Novara.

C. Altri servizi assegnati all'U.S.L.

Laboratorio di sanità pubblica a servizio delle U.S.L. 51, 52, 53 e 54, svolgente anche determinazioni virologiche e attività di controllo e vigilanza delle radiazioni ionizzanti.

Presidio di formazione professionale con funzioni di riferimento per il quadrante nord-est.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 52

A. Poliambulatori proposti

Galliate (tipo A)

Trecate (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

Servizi (b)	*Reparti (c)*
analisi chimico-cliniche: funzioni di supporto CR (comprensorio 5)	pediatria (cure intensive neonatali) CR (comprensorio 5)
anatomia ed istologia patologica CR (comprensorio 5)	cardiologia CR (comprensorio 5)
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello) CR (comprensorio 5)	dermosifilopatia CR (comprensorio 5)
medicina nucleare CR (comprensori 4, 5, 6)	malattie infettive CR (comprensorio 5)
nefrologia e dialisi CR (comprensori 5 e 6)	neurologia CR (comprensorio 5)
neuropsichiatria infantile CR (comprensorio 5)	oculistica CR (comprensorio 5)
psichiatria CR (comprensorio 5)	odonto-stomatologia CR (comprensori 5, 6)
radioterapia CR (comprensori 4, 5, 6)	ortopedia - traumatologia CR (comprensorio 5)
trasfusionale CR (comprensorio 5)	otorinolaringoiatria CR (comprensorio 5)
	pneumologia CR (comprensorio 5)
	urologia CR (comprensorio 5)

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Biella.

C. Altri servizi assegnati all'U.S.L.

Laboratorio di sanità pubblica, a servizio delle U.S.L. 47 e 48.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 48

A. Poliambulatori proposti

Cossato (tipo A)

Trivero (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

Per i servizi ospedalieri di base la U.S.L. trova riferimento nella U.S.L. 47

C. Sede già di servizi ospedalieri

Considerata oggi l'esistenza delle sedi di Bioglio e Trivero il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di conversione d'uso, fermo restando che la cessazione delle attività ospedaliere dovrà avvenire entro il 1° anno del triennio per lo stabilimento di Bioglio, mentre, per quello di Trivero, in ragione della sua collocazione montana, dovrà essere realizzato quanto previsto nell'allegato 1, punto 12, 4° e 5° comma, nonché attività poliambulatoriali e di pronto intervento continuato.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 49

A. Poliambulatori proposti

Borgosesia (tipo A)

Varallo Sesia (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 400(a)
servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1).

Servizi (b)	*Reparti (c)*
neuropsichiatria infantile CR (comprensorio 6)	neurologia CR (comprensorio 6)
trasfusionale CR (comprensorio 6)	ortopedia - traumatologia CR (comprensorio 6)

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelle elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

Le sedi previste per i servizi ospedalieri sono quelle di Borgosesia e Varallo Sesia, tenuto conto che nessuna delle sedi è di dimensioni tali da accogliere i posti-letto attribuiti complessivamente a questa U.S.L..

Il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di unificazione funzionale dei servizi, nonché al necessario coordinamento dei reparti, evitando inutili duplicazioni.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 50

A. Poliambulatori proposti

Gattinara (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 150 (a) per i servizi e reparti prescritti al par. 27, allegato n. 1.

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Galliate.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 53

A. Poliambulatori proposti

Oleggio (tipo A)

Arona (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 180 (a) per tutti i servizi e reparti previsti dal par. 27, allegato n. 1, oltre al reparto di ortopedia-traumatologia già esistente

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Arona.

Considerata oggi l'esistenza anche della sede di Oleggio il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di conversione d'uso, con cessazione delle attività di ricovero ospedaliero entro il 1° anno del triennio.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 54

A. Poliambulatori proposti

Borgomanero (tipo A)

nell'area sud (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 310 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27, allegato n. 1).

Servizi (b)	*Reparti (c)*
anatomia ed istologia patologica CR (U.S.L. 53, 54)	ortopedia - traumatologia CR (U.S.L. 53, 54)
cardiologia CR (U.S.L. 53, 54)	nefrologia CR (U.S.L. 53, 54, 55, 56, 57 e supporto del comprensorio 8)
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello) CR (U.S.L. 53, 54)	
psichiatria CR (U.S.L. 53, 54)	

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Borgomanero.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 55

A. Poliambulatori proposti

Verbania (tipo A)

Cannobio (tipo B)

Stresa (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 485 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
analisi chimico-cliniche: funzioni di supporto CR (comprensorio 8)	pediatria (cure intensive neonatali) CR (comprensorio 8)
anatomia ed istologia patologica CR (comprensorio 8)	dermosifilopatia CR (comprensorio 8)
cardiologia CR (U.S.L. 55, 57)	malattie infettive CR (comprensorio 8)
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello) CR (U.S.L. 55, 57)	ortopedia - traumatologia
neuropsichiatria infantile CR (comprensorio 8)	otorinolaringoiatria CR (U.S.L. 55, 57)
psichiatria CR (U.S.L. 55, 56, 57)	
trasfusionale	

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Verbania (Pallanza).

Considerata oggi l'esistenza anche delle sedi di Stresa, Intra (vecchia sede), il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di conversione d'uso, ferma restando la cessazione delle attività di ricovero ospedaliero a Stresa nel 1° semestre 1982 ed a Intra nel 2° anno del triennio.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 56

A. Poliambulatori proposti

Domodossola (tipo A)

Villadossola (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 435 (*a*)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27, allegato n. 1).

Servizi (b)	*Reparti (c)*
cardiologia	oculistica CR (comprensorio 8)
dipartimenti di emergenza ed accettazione (1° livello)	ortopedia - traumatologia
trasfusionale	otorinolaringoiatria
	neurologia CR (comprensorio 8)

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario.

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Domodossola.

Considerata oggi l'esistenza anche della sede di Premosello Chiovenda, il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di conversione d'uso, fermo restando che la cessazione delle attività di ricovero ospedaliero dovrà avvenire entro il 1° semestre 1982, salvo l'utilizzo flessibile temporaneo per le ristrutturazioni in corso nell'ospedale di Domodossola.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 57

A. Poliambulatori proposti

Omegna (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 250 (*a*)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27, allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
trasfusionale	ortopedia-traumatologia

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Omegna.

C. Altri servizi assegnati all'U.S.L.

Laboratorio di sanità pubblica, a servizio delle U.S.L. 55, 56 e 57.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 58

A. Poliambulatori proposti

Cuneo A (tipo A)

Cuneo B (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili.

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 1.200 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27, allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
analisi chimico-cliniche: funzioni di supporto CR (comprensorio 9)	pediatria (cure intensive neonatali) CR (quadrante sud-ovest)
anatomia ed istologia patologica CR (U.S.L. 58, 59, 60, 67)	cardiologia CR (U.S.L. 58, 59, 60 e servizi cardiologia U.S.L. 61, 65, 66)
dietetica CR (quadrante nord-ovest)	chirurgia toracica CR (quadrante sud-ovest)
dipartimento di emergenza ed accettazione (2° livello) CR (comprensorio 9 per il 1° livello e quadrante sud-ovest per il 2° livello)	chirurgia vascolare CR (quadrante sud-ovest)
medicina nucleare CR (quadrante sud-ovest)	dermosifilopatia CR (quadrante sud-ovest)
neuropsichiatria infantile CR (comprensorio 9)	ematologia CR (quadrante sud-ovest)
oncologia CR (quadrante sud-ovest)	endocrinologia CR (quadrante sud-ovest)
psichiatria CR (comprensorio 9)	gastroenterologia CR (quadrante sud-ovest)
recupero e riabilitazione funzionale (con letti) CR (quadrante sud-ovest)	malattie infettive CR (comprensorio 9 e 12)
radioterapia CR (quadrante sud-ovest)	nefrologia CR (U.S.L. 58, 59, 60, 62, 63 e supporto quadrante sud-ovest)
trasfusionale CR (comprensorio 9)	neurologia CR (comprensorio 9, 12)
	neuro-chirurgia CR (quadrante sud-ovest)
	oculistica CR (comprensori 9, 10, 12)
	odonto-stomatologia e chirurgia maxillo-facciale CR (quadrante sud-ovest)
	ortopedia traumatologia CR (comprensorio 9)
	otorinolaringoiatria CR (comprensorio 9)
	pneumologia CR (quadrante sud-ovest)
	urologia CR (comprensori 9, 12)
	chirurgia pediatrica CR (quadrante sud-ovest)
	chirurgia plastica CR (quadrante sud-ovest)

Note:

1) nel servizio di radiologia è da comprendere il TAC (CR per quadrante sud-ovest)

2) nel servizio di radioterapia è da ricomprendere l'acceleratore lineare (CR per quadrante sud-ovest e sud-est)

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani.

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento

Sede del servizio ospedaliero

Le sedi previste per i servizi ospedalieri sono quella di Cuneo (S. Croce) e Cuneo (Villa S. Croce)

Considerata oggi l'esistenza anche della sede di Cuneo (Carle) il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di unificazione nelle prime due sedi e di conversione d'uso dell'ultima, fermo restando la cessazione delle attività di ricovero in questa sede entro il triennio.

C. Altri servizi assegnati all'U.S.L.

Laboratorio di sanità pubblica, a servizio delle U.S.L. 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66 e 67, svolgenti anche attività di controllo e vigilanza delle radiazioni ionizzanti.

Presidio di formazione professionale con funzioni di riferimento per il quadrante sud-ovest

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 59

A. Poliambulatori proposti

Caraglio (tipo A)

Dronero (tipo A)

Busca (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

Per i servizi ospedalieri di base la U.S.L. trova riferimento nella U.S.L. 58

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 60

A. Poliambulatori proposti

Borgo San Dalmazzo (tipo A)

Boves (tipo B)

Demonte (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

Per i servizi ospedalieri di base la U.S.L. trova riferimento nella U.S.L. n. 58.

Sede già di servizio ospedaliero

Considerata oggi l'esistenza anche della sede di Demonte, il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di conversione d'uso, prevedendo la cessazione delle attività di ricovero ospedaliero per la fine del triennio. Il programma zonale dovrà altresì avanzare proposte in ordine alla destinazione del fabbricato già iniziato a Demonte.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 61

A. Poliambulatori proposti

Savigliano (tipo A)

Racconigi (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mu-

tualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 480 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
analisi chimico-cliniche: funzioni di supporto CR (comprensorio 10)	malattie infettive CR (comprensorio 10)
anatomia ed istologia patologica CR (comprensorio 10)	neurologia CR (comprensori 10, 11)
cardiologia CR (comprensorio 10)	ortopedia-traumatologia
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello) CR (comprensorio 10)	otorinolaringoiatria CR (comprensorio 10)
neuropsichiatria infantile CR (comprensorio 10)	urologia CR (comprensori 10, 11)
psichiatria CR (comprensorio 10)	
trasfusionale CR (comprensorio 10)	

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi.

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Savigliano

Considerata oggi l'esistenza anche della sede di Racconigi il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di conversione d'uso, ferma restando la cessazione delle attività di ricovero ospedaliero entro il 1° anno del triennio.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 62

A. Poliambulatori proposti

Fossano (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 210

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
	ortopedia-traumatologia

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Fossano.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 63

A. Poliambulatori proposti

Saluzzo (tipo A)

Barge (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 280 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
	ortopedia-traumatologia

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Saluzzo

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 64

A. Poliambulatori proposti

Bra (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S..L n. 190 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

	Reparti (c)
	ortopedia-traumatologia

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani.

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980 sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Bra

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 65

A. Poliambulatori proposti

Alba (tipo A)
Cortemilia (tipo B)
Canale (tipo B)
Santo Stefano Belbo (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 350 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
analisi chimico-cliniche funzioni di supporto CR (comprensorio 11)	malattie infettive CR (comprensorio 11)
anatomia ed istologia patologica CR (comprensorio 11)	oculistica CR (comprensorio 11)
cardiologia CR (comprensorio 11)	ortopedia-traumatologia
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello) CR (comprensorio 11)	otorinolaringoiatria CR (comprensorio 11)
nefrologia e dialisi CR (U.S.L. 61, 64, 65)	
neuropsichiatria infantile CR (comprensorio 11)	
psichiatria CR (comprensorio 11)	
trasfusionale CR (comprensorio 11)	

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani.

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario.

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Alba

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 66

A. Poliambulatori proposti

Mondovì (tipo A)
Carrù (tipo B)
Dogliani (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 270 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
anatomia istologia patologica	ortopedia traumatologia (comprensorio 12)
cardiologia CR (comprensorio 12)	otorinolaringoiatria CR (comprensorio 12)
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello) CR (comprensorio 12)	
neuropsichiatria infantile CR (comprensorio 12)	
psichiatria CR (comprensorio 12)	
trasfusionale CR (comprensorio 12)	

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Mondovì

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 67

A. Poliambulatori proposti

Ceva (tipo A)

Garessio (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 130 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
nefrologia e dialisi CR (comprensorio 12)	

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi.

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il superamento

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Ceva

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 68

A. Poliambulatori proposti

Asti A (tipo A).

Asti B (tipo A)

Asti C (tipo A)

San Damiano d'Asti (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 700 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
analisi chimico-cliniche: funzioni di supporto CR (comprensorio 13)	pediatria (cure intensive neonatali) CR (comprensorio 13)
anatomia ed istologia patologica CR (comprensorio 13)	cardiologia CR (comprensorio 13)
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello) CR (comprensorio 13)	dermosifilopatia CR (comprensorio 13)
nefrologia e dialisi CR (comprensorio 13)	malattie infettive CR (comprensorio 13)
neuropsichiatria infantile CR (comprensorio 13)	neurologia CR (comprensorio 13)
psichiatria CR (comprensorio 13)	oculistica CR (comprensorio 13)
trasfusionale CR (comprensorio 13)	odonto-stomatologia CR (comprensorio 13)
	ortopedia-traumatologia
	otorinolaringoiatria CR (comprensorio 13)
	urologia CR (comprensorio 13)

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Asti.

Considerata oggi l'esistenza anche delle sedi della maternità e del complesso Comboniani il programma zonale dovrà formulare proposte concrete entro il 1° semestre 1982, in ordine alla razionalizzazione dell'uso delle stesse, evitando destinazioni degenziali presso i Comboniani

C. Altri servizi assegnati all'U.S.L.

Laboratorio di sanità pubblica, a servizio delle U.S.L. 68, 69

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 69

A. Poliambulatori proposti

Nizza Monferrato (tipo B)

Canelli (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 330 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
	ortopedia-traumatologia
	otorinolaringoiatria

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario.

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento

Sede del servizio ospedaliero

Le sedi previste per i servizi ospedalieri sono quelle di Nizza Monferrato e Canelli, tenuto conto che nessuna delle due sedi è di dimensioni tali da accogliere i posti-letto attribuiti complessivamente a questa U.S.L..

Il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di unificazione, funzionale dei servizi, nonché al coordinamento dei reparti, evitando inutili duplicazioni

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 70

A. Poliambulatori proposti

Alessandria A (tipo A)
Alessandria B (tipo A)
Alessandria C (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 1.500 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
analisi chimico-cliniche: funzioni di supporto CR (comprensorio 14)	pediatria (cure intensive neonatali) CR (comprensori 14 e 15)
anatomia ed istologia patologica CR (U.S.L. 70, 71, 75)	cardiologia CR (U.S.L. 70, 71 e servizi cardiologia U.S.L. 73, 75, 76)
dietetica CR (quadrante sud-est)	chirurgia pediatrica CR (quadrante sud-est)
dipartimento di emergenza ed accettazione (2° livello) CR (U.S.L. 70, 71 per 1° livello e quadrante sud-est per 2° livello)	chirurgia plastica CR (quadrante sud-est)
medicina nucleare CR (quadrante sud-est)	chirurgia toracica CR (quadrante sud-est)
neuropsichiatria infantile CR (U.S.L. 70, 71, 72, 73, 74, 75)	chirurgia vascolare (quadrante sud-est)
oncologia CR (quadrante sud-est)	dermosifilopatia CR (comprensorio 14)
psichiatria CR (U.S.L. 70, 71, 72, 75)	ematologia CR (quadrante sud-est)
recupero e riabilitazione funzionale (con letti) CR (quadrante sud-est)	endocrinologia CR (quadrante sud-est)
radioterapia CR (quadrante sud-est)	gastroenterologia CR (quadrante sud-est)
trasfusionale CR (U.S.L. 70, 71, 75)	malattie infettive CR (U.S.L. 70, 71, 75)
Nota: nel reparto di radiologia è da ricomprendere il TAC (CR per quadrante sud-est).	nefrologia CR (U.S.L. 70, 71, 72, 73, 74, 75 e supporto quadrante sud-est)
	neurochirurgia CR (quadrante sud-est)
	neurologia (CR 70, 71, 74, 75)
	oculistica CR (70, 71, 75)
	odonto-stomatologia e chirurgia maxillo-facciale CR (comprensorio 14)
	ortopedia - traumatologia CR (70, 71)
	otorinolaringoiatria CR (70, 71, 74, 75)
	pneumologia CR (quadrante sud-est)
	urologia CR (U.S.L. 70, 71, 75)

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario.

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Alessandria.

Considerata oggi l'esistenza anche delle sedi di Alessandria (Cesare Arrigo, Borsalino e Patria) il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di unificazione, fermo restando che la cessazione delle attività di ricovero nelle sedi Borsalino e Patria, dovrà avvenire entro il 2° anno del triennio.

C. Altri servizi assegnati all'U.S.L.

Laboratorio di sanità pubblica, a servizio delle U.S.L. 70, 71, 72, 73, 74, 75 e 76, svolgente anche attività di controllo e vigilanza delle radiazioni ionizzanti.

Presidio di formazione professionale con funzioni di riferimento per il quadrante Sud-Est.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 71

A. Poliambulatori proposti

Valenza (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 150 (a) per tutti i servizi e reparti attualmente in esercizio, per i servizi ospedalieri di base non presenti la U.S.L. trova riferimento nella U.S.L. 70

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuibili complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani.

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Valenza (ospedale Mauriziano)

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 72

A. Poliambulatori proposti

Tortona (tipo A)

Castelnuovo Scrivia (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 550 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
	neurologia CR (U.S.L. 72, 73) oculistica ortopedia-traumatologia otorinolaringoiatria CR (U.S.L. 72, 73) urologia CR (U.S.L. 72, 73)

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani, letti di astanteria, osservazione e simili

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario.

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Tortona.

Considerata oggi l'esistenza anche delle sedi di Castelnuovo Scrivia e Pontecurone il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di conversione d'uso di queste due ultime strutture, fermo restando che le attività di ricovero dovranno cessare in entrambe le sedi entro il 1° anno del triennio.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 73

A. Poliambulatori proposti

Novi Ligure (tipo A)

Arquata Scrivia (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 550 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
anatomia ed istologia patologica CR (U.S.L. 72, 73, 74) cardiologia CR (U.S.L. 72, 73, 74) dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello) CR (U.S.L. 72, 73, 74) psichiatria CR (U.S.L. 73, 74) trasfusionale CR (U.S.L. 72, 73, 74)	malattie infettive CR (U.S.L. 72, 73, 74) oculistica CR (U.S.L. 73, 74) ortopedia - traumatologia CR (U.S.L. 73, 74)

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Novi Ligure.

Considerata oggi l'esistenza anche delle sedi di Arquata Scrivia, Gavi e Serravalle Scrivia il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di conversione d'uso delle strutture predette, ferma restando la cessazione delle attività di ricovero ospedalie-

ro a Gavi nel 1° anno del triennio ed a Arquata e Serravalle Scrivia nel 2° anno del triennio.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 74

A. Poliambulatori proposti

Ovada (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 130 (a) per tutti i servizi e reparti prescritti dal par. 27, allegato n. 1.

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Ovada

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 75

A. Poliambulatori proposti

Acqui Terme (tipo A)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 250 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
cardiologia	ortopedia-traumatologia
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello)	

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella dello stabilimento ospedaliero di nuova costruzione di Acqui Terme.

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 76

A. Poliambulatori proposti

Casale Monferrato (tipo A)

Trino Vercellese (tipo B)

Moncalvo (tipo B)

Note:

1) le sedi proposte dovranno essere confermate dal primo programma zonale

2) la scelta dei presidi poliambulatoriali dovrà prioritariamente tenere conto dei poliambulatori pre-esistenti (mutualistici ed ospedalieri) e dei presidi da convertire ad altre funzioni, quali infermerie da dismettere e simili

B. Servizi ospedalieri che il piano assegna all'U.S.L.

posti-letto attribuiti complessivamente all'U.S.L. n. 650 (a)

servizi e reparti assegnati all'U.S.L. oltre a quelli minimi obbligatori (par. 27 allegato n. 1)

Servizi (b)	*Reparti (c)*
analisi chimico-cliniche: funzioni di supporto	dermosifilopatia
anatomia ed istologia patologica	endocrinologia
cardiologia	malattie infettive
dipartimento di emergenza ed accettazione (1° livello)	neurologia
nefrologia e dialisi	oculistica
neuropsichiatria infantile	odonto-stomatologia
psichiatria	ortopedia-traumatologia
recupero e riabilitazione funzionale (con letti)	otorinolaringoiatria
trasfusionale	urologia

Nota: la sigla CR indica che il servizio o reparto assolve al ruolo di « centro di riferimento » relativamente ai territori (comprensori od U.S.L.) enumerati tra parentesi

(*a*) il numero dei posti-letto prescritti è comprensivo di tutti i posti attribuiti complessivamente ai diversi reparti, eccezion fatta per culle per neonati sani

(*b*) l'eventuale presenza di servizi, già in esercizio al 31-12-1980, diversi da quelli sopra elencati, sarà evidenziata nel primo programma zonale, al fine di ottenere il parere di congruità con il piano regionale socio-sanitario

(*c*) l'eventuale presenza di reparti diversi da quelli elencati, già in esercizio al 31-12-1980, sarà evidenziata nel primo programma zonale, prospettando modalità e tempi per il loro superamento

Sede del servizio ospedaliero

La sede prevista per i servizi ospedalieri è quella di Casale Monferrato.

Considerata oggi l'esistenza anche della sede di Moncalvo il programma zonale dovrà formulare proposte concrete per dare avvio al processo di conversione d'uso di quest'ultima struttura, ferma restando la cessazione delle attività di ricovero ospedaliero nel 2° anno di piano.

(2595)

ERNESTO LUPO, *direttore*
VINCENZO MARINELLI, *vice direttore*

DINO EGIDIO MARTINA, *redattore*
FRANCESCO NOCITA, *vice redattore*

(3651076/6) Roma - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - S.